



# SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

## TOMADA DE PREÇOS Nº 21/2014

### PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 930/2014

A COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO DO SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR convida V.S.<sup>a</sup> para participar da licitação que realizará às **10:00 HS DO DIA 04 DE JUNHO DE 2014**, e dará início à licitação, abrindo os envelopes contendo a documentação às 10:00 HS do MESMO DIA na **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**, localizada na Rua Nossa Senhora das Graças, nº 235, Bairro São Geraldo - Volta Redonda - RJ, CEP 27253-610, Tel./Fax (24) 3339-4242 – Ramal, na modalidade de **TOMADA DE PREÇOS**, do **TIPO MENOR PREÇO**, objetivando a **LOCAÇÃO DE VENTILADOR PULMONAR NEONATAL/PEDIATRICO**, conforme discriminação constante da **PROPOSTA DETALHE (ANEXO I)** desta TOMADA DE PREÇOS, a presente Licitação será regida pelas normas da Lei Federal 8.666, de 21 de Junho de 1993, alterada pela Lei Federal 8.883, de 08.06.94.

Os documentos para a habilitação preliminar, bem como a proposta, serão entregues em envelopes separados, com identificação externa de seu conteúdo.

#### 1 - DO OBJETIVO

1.1. Esta licitação tem por objetivo a obtenção de proposta mais vantajosa para **LOCAÇÃO DE VENTILADOR PULMONAR NEONATAL/PEDIATRICO**, pelo período de 24 (VINTE E QUATRO) meses, conforme especificações contidas no **ANEXO I**, que faz parte integrante e complementar desta TOMADA DE PREÇOS.

#### 2 - DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAR DA LICITAÇÃO

2.1. Poderão participar desta licitação as empresas inscritas ou não no **Cadastro de Fornecedores da Comissão Permanente de Licitação do Serviço Autônomo Hospitalar**, da **Coordenadoria Geral de Licitação da Prefeitura Municipal de Volta Redonda**, ou da **Comissão Permanente de Licitação do Fundo Municipal de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde/PMVR**, na categoria específica do objeto deste Edital.

2.1.1. As empresas não cadastradas, para o atendimento do disposto no item 2.1, deverão se cadastrar até 03 dias úteis anteriores à data da licitação, conforme parágrafo segundo do artigo 22 da Lei Federal nº 8.666/93, observada a necessária documentação.

2.2. As empresas que desejarem participar do certame através de Procurador deverão apresentar, no início da licitação, PROCURAÇÃO com poderes específicos, ou CARTA DE CREDENCIAMENTO, conforme modelo a ser fornecido pela Comissão Permanente de Licitação do Serviço Autônomo Hospitalar (**ANEXO II**), devendo ambas ser apresentadas com firma reconhecida, e acompanhadas de cópia do ato constitutivo, estatuto ou contrato social, em vigor.

2.3. **As microempresas e empresas de pequeno porte** para utilizarem as prerrogativas estabelecidas na lei complementar nº 123/06, deverão apresentar declaração (**ANEXO VI**) de que ostenta essa condição e que não se enquadra em nenhum dos casos enumerados no § 4º do art. 3º da referida lei ou certidão expedida pela junta comercial.

2.4. Não poderão participar desta licitação as empresas:

2.4.1 - Cuja falência tenha sido decretada, em concurso de credores, em dissolução, em liquidação e em consórcios de empresas, qualquer que seja sua forma de constituição.

2.4.2 - Declaradas inidôneas para licitar ou contratar com os órgãos e entidades da Administração Pública em geral, nos termos do artigo 87, IV da Lei 8.666/93;



# SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

2.4.3 - Suspensas temporariamente de participar em licitação e impedidas de contratar com o Município de Volta Redonda - RJ, nos termos do artigo 87, III da Lei 8.666/93;

2.4.4 - Que estejam estabelecidas sob a forma de consórcio.

## 3 - DA HABILITAÇÃO - ENVELOPE "A"

3.1. O "ENVELOPE A – HABILITAÇÃO", deve conter documentos relativo à habilitação, que deverão ser apresentados por todas as licitantes, **inclusive as microempresas e empresas de pequeno porte**, sendo composto por::

3.1.1. **CERTIFICADO DE REGISTRO NO CADASTRO DE FORNECEDORES** da Comissão Permanente de Licitação do Serviço Autônomo Hospitalar, da Coordenadoria Geral de Licitação da Prefeitura Municipal de Volta Redonda, ou da Comissão Permanente de Licitação do Fundo Municipal de Saúde, em validade, na categoria específica;

3.1.2. **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO (CND), EMITIDA PELO INSS-MPS, INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL**, em validade. Deverá estar de acordo com o artigo 47, inciso II, alínea "c", da Lei 8.212 de 24/07/91 e suas alterações. A CND deverá ser apresentada de acordo com a Ordem de Serviço nº 52 (cinquenta e dois) do INSS de 22/10/92 e suas respectivas alterações e conforme o disposto no inciso IV, do artigo 29, da Lei 8.666/93 e suas alterações;

3.1.3. Prova de regularidade com o **FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO (FGTS)**, em validade, demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei. ;

3.1.4. **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO COM A FAZENDA MUNICIPAL**, em validade, relativa à sede da licitante;

3.1.5. **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO COM A FAZENDA ESTADUAL**, em validade, relativa à sede da licitante;

3.1.6. **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO DE TRIBUTOS E CONTRIBUIÇÕES FEDERAIS** emitida pela Secretaria de Receita Federal, em validade;

3.1.7. **CERTIDÃO NEGATIVA QUANTO A DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO** emitida pela Procuradoria Geral da Fazenda Nacional, em validade;

3.1.8. **DECLARAÇÃO DE QUE A EMPRESA NÃO UTILIZA, EM SEU QUADRO DE PESSOAL, MÃO-DE-OBRA DIRETA OU INDIRETA DE MENORES**, conforme disposições contidas no inciso XXXIII, do art. 7º, da Constituição Federal/1988, na Lei nº 9.854, de 27/10/99, regulamentada pelo Decreto nº 4.358, de 05/09/02., conforme modelo constante do ANEXO III;

3.1.9. **DECLARAÇÃO DA NÃO EXISTÊNCIA DE FATOS SUPERVENIENTES** que impeçam a habilitação da empresa, conforme modelo constante do Anexo IV;

3.1.10. **COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA CNPJ.**

3.1.11. **ATO CONSTITUTIVO, ESTATUTO OU CONTRATO SOCIAL E/OU ÚLTIMA ALTERAÇÃO EM VIGOR**, devidamente registrado em se tratando de sociedades comerciais, e no caso de sociedade de ações, acompanhadas de documentos de eleição de seus administradores.

3.1.12. **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS. (C.N.D.T.),**

3.1.13 No caso de microempresas e empresas de pequeno porte: **DECLARAÇÃO QUE COMPROVE O ENQUADRAMENTO DO LICITANTE NA CATEGORIA DE MICROEMPRESA OU**



# SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: [cpl@hsjb.org.br](mailto:cpl@hsjb.org.br) -- [sah.cpl@hsjb.org.br](mailto:sah.cpl@hsjb.org.br) -- site: [www.portalvr.com](http://www.portalvr.com)

**EMPRESA DE PEQUENO PORTE**, na forma prevista no art. 3º da Lei Complementar nº 123, nos termos do modelo constante do ANEXO VI.

**3.1.14** - As microempresas e empresas de pequeno porte deverão apresentar toda documentação exigida para efeito de comprovação de regularidade fiscal, mesmo que esta apresente alguma restrição (art. 43 da Lei Complementar nº 123/2006).

**3.1.15. CERTIDÃO NEGATIVA DE FALÊNCIA E CONCORDATA**, expedida pelo cartório distribuidor da comarca da sede da pessoa jurídica ou de execução de pessoa física, a no máximo 90 (noventa) dias da data prevista para entrega dos envelopes, de acordo com o Inciso II do art. 31 da Lei 8.66/93.

**3.1.16.** Havendo alguma restrição na comprovação da regularidade fiscal, será assegurado o prazo de 02 (dois) dias úteis, cujo tempo inicial corresponderá ao momento em que a proponente for declarada a vencedora do certame, prorrogáveis por igual período, a critério do **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, para regularização da documentação, pagamento ou parcelamento do débito, e emissão de eventuais certidões negativas ou positivas, com efeito, de certidão negativa.

**3.1.17.** A não regularização da documentação, no prazo previsto no subitem 3.1.16 implicará decadência do direito a contratação, sem prejuízo das sanções previstas no artigo 81 da Lei nº 8.666/93, sendo facultado ao **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR** convocar as licitantes remanescentes, na ordem de classificação, para a assinatura ou revogar a licitação.

**3.2.** Na hipótese de não constar prazo de validade nas certidões apresentadas, o **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR** aceitará como válidas as expedidas até 90 (noventa) dias imediatamente anteriores à data de apresentação das propostas.

**3.3.** Os documentos necessários à **HABILITAÇÃO**, poderão ser apresentados em original ou por qualquer processo de cópia, autenticada por tabelião de notas ou por servidores da unidade que realiza a licitação;

**3.4.** Os documentos deverão ser entregues separadamente da proposta, em envelope fechado, no qual conste externamente, além da palavra **DOCUMENTAÇÃO**, nome e endereço da empresa licitante e menção ao número desta Tomada de Preços;

**3.5.** Toda a documentação apresentada pelas empresas candidatas à **HABILITAÇÃO**, será anexada ao processo de licitação, mesmo daquelas empresas que não forem consideradas habilitadas e será rubricada pelos membros da **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO** e pelos licitantes presentes.

## **4 - DA PROPOSTA - ENVELOPE "B"**

**4.1.** A proposta deverá ser apresentada em envelope fechado no qual conste externamente além da palavra **PROPOSTA**, o nome e endereço da empresa licitante, bem como o número do presente TOMADA DE PREÇOS;

**4.2.** A proposta deverá ser datilografada ou digitada, preferencialmente, em papel timbrado da empresa ou impressão informatizada, não podendo apresentar emendas, rasuras ou entrelinhas e será rubricada em todas as folhas, datada e assinada por quem de direito, e conter:

**4.2.1.** Nome e endereço da empresa licitante;

**4.2.3.** Validade da Proposta: 60 (sessenta) dias;

**4.2.5.** Condições de Pagamento: 30 (trinta) dias;

**4.2.7** Conta Bancária, Agência;

**4.2.9.** A proposta deverá ser acompanhada do MANUAL, FOLDER OU PROSPECTO COM AS ESPECIFICAÇÕES DOS EQUIPAMENTOS PROPOSTOS;

**4.2.2.** Número desta TOMADA DE PREÇOS;

**4.2.4.** Condições de Entrega: ATÉ 20 DIAS

**4.2.6.** Número do Fax / E-mail:

**4.2.8.** Número do C.N.P.J.

**4.2.10.** Prazo de vigência da locação dos equipamentos: 24 (VINTE E QUATRO) meses.

**4.2.10.1.** Após o prazo de vigência do contrato os equipamentos passam a pertencer ao Serviço Autônomo Hospitalar, sem nenhum custo adicional.

**4.3.** O licitante deverá detalhar os equipamentos dentro da especificação fornecida pelo ANEXO I obedecendo a numeração dos itens, mencionando a marca proposta e o competente número de registro do Ministério da Saúde / ANVISA;



# SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: [cpl@hsjb.org.br](mailto:cpl@hsjb.org.br) -- [sah.cpl@hsjb.org.br](mailto:sah.cpl@hsjb.org.br) -- site: [www.portalvr.com](http://www.portalvr.com)

4.3.1. A proposta deverá constar o preço unitário e total para cada item, expressos em moeda corrente nacional, em algarismos e/ou por extenso com **02 (duas) casas decimais após a vírgula**, nele incluídas todas as despesas com impostos, taxas, seguro, frete e embalagem;

4.3.2. A proposta deverá constar prazo de GARANTIA, com mínimo de 12 (doze) meses;

4.3.3. Apresentação de declaração expressa, de que o equipamento é **novo**, sem uso anterior, sob pena de responsabilidade.

4.3.4. **APRESENTAR LICENÇA DE FUNCIONAMENTO EM VIGOR, EXPEDIDA PELO ÓRGÃO SANITÁRIO ESTADUAL OU MUNICIPAL** competente;

4.3.5. **APRESENTAR O CERTIFICADO DE REGISTRO DO PRODUTO OFERTADO, EMITIDO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA OU CÓPIA LEGÍVEL DO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO;**

4.3.6. Apresentar **CERTIFICADO DE BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO**, expedido pela ANVISA ou país de origem, relativo ao fabricante dos equipamentos a serem fornecidos;

4.3.6.1. No caso de distribuidores, além do certificado acima referido, certificado de credenciamento para a venda dos produtos a serem fornecidos, expedido pelo fabricante.

4.4. A inobservância de qualquer dos itens deste capítulo será motivo de desclassificação parcial ou total da proposta.

## 5. DO PROCEDIMENTO E JULGAMENTO DA LICITAÇÃO

5.1. Abertura dos envelopes "A" - documentação - e sua apreciação;

5.2. Devolução dos envelopes "B" - proposta - fechados, aos licitantes inabilitados, deste que não tenha havido recursos ou após o seu julgamento;

5.3. Abertura dos envelopes "B" - proposta dos licitantes habilitados, deste que transcorrido o prazo legal sem interposição de recurso, ou tenha havido desistência expressa ou após o julgamento dos recursos interpostos;

5.4. O julgamento, com a classificação das propostas, que será conhecido através de Edital Classificatório, afixado no quadro de avisos do Serviço Autônomo Hospitalar;

5.5. Para o julgamento do presente TOMADA DE PREÇOS, a **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**, levará em consideração a proposta que apresentar o **MENOR PREÇO POR ITEM**, sem prejuízo da qualidade, desde que esta esteja de acordo com as especificações desta TOMADA DE PREÇOS;

5.6. Adjudicação do objeto da licitação ao proponente vencedor do certame, e a respectiva homologação pela Sr Diretor Geral, desde que não ocorra uma das hipóteses previstas no subitem 9.2 desta TOMADA DE PREÇOS;

5.7. A abertura dos envelopes "**DOCUMENTAÇÃO**" e "**PROPOSTA**" será realizada sempre em ato público, previamente designado, do qual se lavrará **ATA** circunstanciada, assinada pelos licitantes presentes e pelos membros da **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**;

5.8. Todos os documentos contidos nos envelopes "**DOCUMENTAÇÃO**" e "**PROPOSTA**" serão rubricados pelos membros da **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO** pelos licitantes presentes e serão anexados ao processo de licitação, mesmo os daquelas empresas que não forem consideradas habilitadas e/ou classificadas;

5.9. Não se considerará qualquer oferta de vantagem não prevista neste TOMADA DE PREÇOS, nem preço ou vantagem baseada nas ofertas dos demais licitantes;



# SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: [cpl@hsjb.org.br](mailto:cpl@hsjb.org.br) -- [sah.cpl@hsjb.org.br](mailto:sah.cpl@hsjb.org.br) -- site: [www.portalvr.com](http://www.portalvr.com)

**5.10** Não será permitido a uma mesma pessoa representar mais de uma empresa ao mesmo tempo;

**5.11** Não se admitirá proposta que apresente preços unitários simbólicos, irrisórios ou de valor zero;

**5.12** Decairá do direito de impugnar os termos desta TOMADA DE PREÇOS aquele que, tendo-o aceito sem objeção, vier após o julgamento desfavorável, apontar falhas ou irregularidade, hipótese em que tal comunicação não terá efeito de recurso;

**5.13** A inabilitação do licitante importa na preclusão do seu direito de participar das fases subsequentes;

**5.14** No caso de discordância entre o preço unitário e total de cada item, prevalecerá o primeiro;

**5.15** Não serão aceitas propostas com as seguintes condições: equipamentos sujeitos à confirmação de estoque ou quaisquer outras condicionantes desta natureza;

**5.16** Serão desclassificadas as propostas que não atenderem as especificações constantes do Anexo I e as exigências desta TOMADA DE PREÇOS, bem como aquelas que apresentarem preços excessivos ou manifestamente inexequíveis, comparados ao preço de mercado;

**5.17 Serão desclassificadas as propostas que apresentarem preços unitários cotados acima dos valores máximos permitidos constantes do ANEXO I;**

**5.18** Se nos dias previstos para as sessões de aberturas não houver expediente, os envelopes serão abertos no primeiro dia útil de funcionamento que lhe seguir, obedecendo aos mesmos, horários e local estabelecido no Edital.

**5.19 A COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO** poderá se assim julgar necessário, solicitar aos órgãos técnicos do Serviço Autônomo Hospitalar e/ou Prefeitura Municipal de Volta Redonda, parecer especializado de profissionais devidamente qualificados, para a análise da especificação e qualidade dos equipamentos ofertados.

## **6 - DAS PENALIDADES**

**6.1.** Caso o fornecedor deixe de cumprir quaisquer das obrigações assumidas, infrinja os preceitos legais ou fraude, por qualquer meio, a presente licitação, ficará sujeito a uma ou mais das seguintes penalidades, a juízo do Serviço Autônomo Hospitalar:

**6.1.1.** Advertência;

**6.1.2.** Multa de cinco décimos por cento (0,5%) ao dia sobre o valor total ou parte do fornecimento, comprovado e aceito pelo Serviço Autônomo Hospitalar, entregue com atraso, até o limite de trinta por cento (30%), quando não comprovar motivo de força maior ou caso fortuito impeditivos do cumprimento da obrigação assumida, dentro do prazo estabelecido. A multa será descontada do pagamento ou ainda cobrada judicialmente;

**6.1.3.** Suspensão do direito de licitar com o Serviço Autônomo Hospitalar, não superior a dois (02) anos, a ser estabelecido de acordo com a gravidade da falta cometida, sem prejuízo de outras sanções cabíveis;

**6.1.4. DECLARAÇÃO DE INIDONEIDADE** para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

**6.1.5.** Atraso injustificado na entrega de qualquer equipamento constitui motivo para anulação da nota de empenho, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

## **7 - DO FORNECIMENTO DO OBJETO DE LICITAÇÃO**

**7.1.** A empresa vencedora da licitação deverá efetuar a entrega dos equipamentos no Almoxarifado do Serviço Autônomo Hospitalar, situado na Rua Nossa Senhora das Graças, n.º 235 - Colina - Volta Redonda - RJ, no prazo estabelecido no item 4.2.4 ;

**7.2.** A contratada deverá fornecer manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médicos objeto desta licitação;



# SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: [cpl@hsjb.org.br](mailto:cpl@hsjb.org.br) -- [sah.cpl@hsjb.org.br](mailto:sah.cpl@hsjb.org.br) -- site: [www.portalvr.com](http://www.portalvr.com)

7.3. A contratada deverá fornecer treinamento operacional para o pessoal responsável pelos equipamentos médicos objeto desta licitação;

7.4. A CONTRATADA é responsável por todos os ônus e despesas necessárias ao perfeito funcionamento dos equipamentos médicos, tais como manutenção, troca de peças, lavagem, lubrificação, calibração, etc.;

7.5. O Serviço Autônomo Hospitalar disponibilizará o local que lhe convier, onde os serviços serão prestados;

7.6. O prazo de vigência da presente locação será de 24 (VINTE E QUATRO) meses, a contar da data de assinatura do contrato.

7.7. Após o prazo de vigência do contrato os equipamentos passam a pertencer ao Serviço Autônomo Hospitalar, sem nenhum custo adicional.

7.8. Os equipamentos deverão ser novos, lacrados de fábrica e sem uso anterior.

## **8 - DAS CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO DO OBJETO DA LICITAÇÃO**

8.1. A(s) Empresa(s) licitante(s) vencedora(s), ficará(ão) obrigada(s) a trocar as suas expensas, os equipamentos que vierem a ser recusados, sendo que o ato do recebimento (que deverá, quando for o caso, observar as disposições do § 8º do art. 15 e arts. 73 a 76, e, seus parágrafos da Lei Federal 8.666/93 e suas alterações) não importará sua aceitação;

8.2. Os equipamentos objeto desta TOMADA DE PREÇOS deverão ser entregue no Serviço Autônomo Hospitalar, com frete por conta do fornecedor.

8.3. Os equipamentos deverão ser entregues no prazo máximo de 20 (VINTE ) dias, após o recebimento da Nota de Empenho.

8.4 Os equipamentos deverão apresentar validade mínima de 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data do seu recebimento;

8.5. O pagamento será efetuado em moeda corrente nacional, por meio de **ORDEM BANCÁRIA, através do BANCO DO BRASIL, para crédito na conta corrente indicada pelo fornecedor, em até 30 dias, após a emissão da nota fiscal/fatura, com a descrição do material/serviço, devidamente atestado por servidores designados, uma vez satisfeitas às condições estabelecidas neste edital e seus anexos.**

8.5.1. **É vedada expressamente a realização de cobrança de forma diversa da estipulada neste edital, em especial a cobrança bancária, mediante boleto ou mesmo o protesto de título, sob pena de aplicação das sanções previstas neste instrumento e indenização pelos danos decorrentes.**

8.6. A contratação decorrente desta licitação será formalizada mediante celebração de termo de contrato ou emissão de instrumento equivalente: Nota de Empenho.

## **9 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

9.1. À critério do **Serviço Autônomo Hospitalar** a data desta licitação poderá ser transferida.

9.2. Ao **Serviço Autônomo Hospitalar**, observados os preceitos legais sobre a matéria, fica reservado o direito de aceitar a(s) proposta(s) total ou parcialmente, de rejeitar todas as propostas ou de anular ou revogar a licitação mesmo depois de adjudicado seu objeto, atendendo a interesse administrativo, sem que caiba aos licitantes direito de qualquer reclamação ou indenização;

9.3. O **Serviço Autônomo Hospitalar** poderá submeter a teste de qualidade os equipamentos fornecidos, adotando as providências necessárias ao resguardo dos seus interesses;

9.4. A critério exclusivo do **Serviço Autônomo Hospitalar**, a quantidade de cada item poderá ser aumentada ou diminuída, obedecido o limite previsto no § 1º, do artigo 65, da Lei 8.666/93, e suas alterações;



# SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: [cpl@hsjb.org.br](mailto:cpl@hsjb.org.br) -- [sah.cpl@hsjb.org.br](mailto:sah.cpl@hsjb.org.br) -- site: [www.portalvr.com](http://www.portalvr.com)

9.5. Não haverá reajustamento do preço proposto pela vencedora desta licitação;

9.6. Considera-se pagamento à vista, o pagamento efetuado até o 5º (quinto) dia útil após a entrega dos equipamentos.

9.7. A despesa decorrente desta licitação, correrá à conta da dotação orçamentária nº 3.3.9.0.30000;

9.8. Não serão aceitos, de forma alguma, documentos copiados ou transmitidos através de **FAX** ou **TELEX**, excetuados os recursos previstos na legislação própria;

9.9. É vedada a subcontratação parcial ou total do fornecimento dos equipamentos, objeto desta TOMADA DE PREÇOS;

9.10. A participação de qualquer empresa nesta licitação será considerada com prova evidente de sua aceitação e inteira submissão às normas desta TOMADA DE PREÇOS, e demais normas aplicáveis;

9.11. Os casos omissos, ou dúvidas suscitadas, serão resolvidos pela **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**, observando o que dispõe sobre a matéria a legislação em vigor;

9.12. Esclarecimentos adicionais sobre o presente TOMADA DE PREÇOS deverão ser solicitados à **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**, localizada a Rua Nossa Senhora das Graças n.º 235 Colina - Volta Redonda - RJ;

9.13. Fazem parte integrante e complementar desta TOMADA DE PREÇOS:

**ANEXO I (PROPOSTA DETALHE);**

**ANEXO II (CARTA DE CREDENCIAMENTO)**

**ANEXO III (MODELO DE DECLARAÇÃO)**

**ANEXO IV (DECLARAÇÃO FATOS SUPERVENIENTES)**

**ANEXO V (MODELO-CARTA DE CREDENCIAMENTO MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE)**

**ANEXO VI (MODELO-DECLARAÇÃO DE MICRO EMPRESA E EMPRESA DE PEQUENO PORTE)**

**ANEXO VII (MINUTA DE CONTRATO)**

Volta Redonda-RJ, 15 de MAIO de 2014.

**JULIO CEZAR DE CARVALHO**  
**COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**  
**SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**



# SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

## ANEXO I

### PROPOSTA DETALHE

ITEM	MESES	QUANTIDADE	DISCRIMINAÇÃO	VALOR UNT. ESTIMADO	VALOR TOTAL ESTIMADO
01	24	02	<p><b>LOCAÇÃO DE 02 VENTILADORES PULMONAR PARA SUPORTE VENTILATÓRIO DE PACIENTES NEONATAL/PEDIATRICO. CICLADO A TEMPO, VOLUME E FLUXO, CONTROLADO A VOLUME E A PRESSÃO. O VENTILADOR DEVE POSSUIR TELA GRAFICA QUE PERMITA A DIFERENCIAÇÃO DE TODAS AS FASES DO CICLO CONTROLADO E ESPONTANEA, TELA COLORIDA COM MATRIZ SENSÍVEL AO TOQUE. COM AS SEGUINTE CARACTERISTICAS MÍNIMAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- MODALIDADES VENTILATORIAS: VOLUME CONTROLADO, PRESSÃO CONTROLADA, VENTILAÇÃO POR PRESSÃO LIMITADA, VENTILAÇÃO A PRESSÃO CONTROLADA COM VOLUME GARANTIDO, VENTILAÇÃO COM DOIS NÍVEIS DE PRESSÃO, CPAP, VENTILAÇÃO MANDATORIA INTERMITENTE SINCRONIZDA, VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA.</li><li>- PARAMENTROS: VOLUME CORRENTE DE 50 A 2000 ML, FREQUENCIA RESPIRATORIA DE 1 A 100 RPM, AJUSTE DE FLUXO CONSTANTEE DECRESCENTE, SENSIBILIDADE A FLUXO DE 1 A 15 L/M, SENSIBILIDADE A PRESSÃO -1 A -10 CMH20, PAUSA MANUAL INSPIRATORIA E EXPIRATORIA , PEEP DE 0 A 50 CMH20, BLENDER ELETRONICO COM AJUSTA DE FIO2 DE 21 A 100%, PRESSÃO CONTROLADA ATÉ 80CMH20, CICLAGEM DA PRESSÃO DE SUPORTE 10 A 60% DO FLUXO INSPIRATORIO.</li><li>-MONITORIZAÇÃO: MONITOR GRAFICO DE VENTILAÇÃO LCD COLORIDO DE NO MÍNIMO 12 POLEGADAS, TOUCH SCREEN, QUE PERMITA FÁCIL ACESSO AOS PARAMETROS, MONITORIZAÇÃO GRAFICA DE PRESSÃO X TEMPO X,</li></ul>	<b>R\$ 3.900,00</b>	<b>R\$ 93.600,00</b>



# SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

		<p><b>VOLUME X TEMPO, FLUXO X TEMPO E LOOPS VXP E FXV. MONITORIZAÇÃO DOS VALORES DE PICO DE PRESSÃO, PRESSÃO MÉDIA, PRESSÃO PLATÔ, AUTO-PEEP, VOLUME CORRENTE INSPIRADO E EXALADO, COMPLACENCIA, RESISTENCIA, FREQUENCIA RESPIRATORIA, FI01, P.01 E INDICE DE RESPIRAÇÃO SUPERFICIAL (IT).</b></p> <p><b>- ALARMES AUDIVISUAIS: FALTA DE ENERGIA ELETRICA, PRESSÃO BAIXA DE O2, BAIXA PRESSÃO DE AR, OBSTRUÇÃO, DESCONEXÃO, RECARREGAR BATERIA, ALARMES CONFIGURÁVEIS PARA FREQUENCIA RESPIRATORIA ALTA E BAIXA, PRESSÃO ALTA E PRESSÃO BAIXA, APNEIA, VOLUME MINUTO ALTO E BAIXO E FI02.</b></p> <p><b>- OUTRAS FUNÇÕES: OFERTA TEMPORIZADA DE OXIGENIO, POSSIBILIDADE DE NEBULIZAÇÃO SINCRONIZADA NA FASE INSPIRATORIA, TGI, SUSPIRO, TENDENCIAS ARMAZENADA DURANTE 24 HORAS, TEMPO DE SUBIDA AJUSTAVEL, CICLO MANUAL, ANALIZADOR DE OXIGENIO, SAIDA SERIAL, SILENCIADOS DE ALARME ATÉ 120 SEGUNDOS.</b></p> <p><b>- ACESSORIOS: CARRO COM RODIZIOS E TRAVA, BRAÇO ARTICULADO, UMIDIFICADOR AQUECIDO COM DISPLAY, CIRCUITO RESPIRATORIO.</b></p> <p><b>- TENSÃO 110 A 240 VOLTS, BATERIA INTERNA COM CAPACIDADE DE 120 MINUTOS.</b></p>		
<b>TOTAL GERAL R\$ 93.600,00</b>				

JULIO CEZAR DE CARVALHO  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR



# SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

## ANEXO II

### CARTA DE CREDENCIAMENTO

#### **Tomada de Preços n.º 021/2014/SAH-HSJB - Processo Administrativo n.º 930/2014**

Prezado Senhor,

Pela presente Carta de Credenciamento, eu \_\_\_\_\_, (nacionalidade), (estado civil), (cargo que ocupa na empresa), portador da Carteira de Identidade n.º \_\_\_\_\_, expedida em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, pelo \_\_\_\_\_, inscrito no CPF/MF sob o n.º \_\_\_\_\_, residente e domiciliado em (cidade), (estado), levo ao conhecimento de V.S.ª que o Sr. \_\_\_\_\_, (nacionalidade), (estado civil), (cargo que ocupa na empresa), portador da Carteira de Identidade n.º \_\_\_\_\_, expedida em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ pelo \_\_\_\_\_ e inscrito no CPF/MF sob o n.º \_\_\_\_\_, domiciliado e residente em (cidade), (estado), está credenciado para representar a empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CGC/MF sob o n.º \_\_\_\_\_, com sede na rua \_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_, (cidade), (estado), na licitação a se realizar em \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas, para qual fomos convidados através da Tomada de Preços n.º 021/2014, podendo, para tanto, prestar esclarecimentos, receber avisos e notificações, interpor recursos, deles desistir, assinar a ata, assinar contrato e todos os demais atos necessários para o bom e fiel cumprimento da presente.

Atenciosamente,

(Local e Data)

(Nome Completo do Emitente e da Empresa Licitante)

OBS.:

- A PRESENTE CARTA DE CREDENCIAMENTO SÓ SERÁ VÁLIDA QUANDO ASSINADA PELO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA, COM PODERES ESTATUTÁRIOS E/OU CONTRATUAIS PARA CONSTITUIR MANDATÁRIOS, ACOMPANHADA DE CÓPIA DOS MESMOS.
- A PRESENTE CARTA DE CREDENCIAMENTO DEVERÁ ESTAR COM A FIRMA DO EMITENTE DEVIDAMENTE RECONHECIDA POR TABELIÃO QUE POSSUA PODERES LEGAIS PARA TANTO.

## ANEXO III

### MODELO DE DECLARAÇÃO

#### **Tomada de Preços n.º 021/2014/SAH-HSJB - Processo Administrativo n.º 930/2014**

(NOME DA EMPRESA)

\_\_\_\_\_, CNPJ N.º \_\_\_\_\_, sediada (endereço completo) \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, por seu representante legal, e para fins da Tomada de Preços n.º 021/2014 -, DECLARA EXPRESSAMENTE QUE:

Para os devidos fins e sob as penas da lei, não possuir em seu quadro, profissionais menores de 18 (dezoito) anos desempenhando trabalhos noturnos, perigosos ou insalubres ou menores de 16 (dezesseis) anos desempenhando quaisquer trabalhos, salvo se contratados sob condição de aprendizes, a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal de 1988 (Lei n.º.854/99).

(Local de Data)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Representante Legal)  
Nome completo do emitente



# SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

## A N E X O I V

### DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS SUPERVENIENTES

#### **Tomada de Preços n.º 021/2014/SAH-HSJB - Processo Administrativo n.º 930/2014**

(NOME DA EMPRESA)

\_\_\_\_\_, CNPJ N.º \_\_\_\_\_, sediada (endereço completo) \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_

declara, sob as penas da lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no presente processo licitatório, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

(Local e Data)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Representante Legal)

Nome completo do emitente

## A N E X O V

### CARTA DE CREDENCIAMENTO PARA MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE

#### **Tomada de Preços n.º 021/2014/SAH-HSJB - Processo Administrativo n.º 930/2014**

Prezados Senhores:

Pela presente fica credenciado o Sr. (nome)----- (qualificação na empresa e endereço completo -----, portador da carteira de identidade n.-----, expedida em ---/---/--- pelo -----, para representar esta empresa (razão social, endereço e CNPJ) na licitação por TOMADA DE PREÇOS N.º 021/2014, a ser realizada nesta data, podendo praticar todos os atos necessários e indispensáveis ao bom e fiel desempenho deste mandato, inclusive, prestar esclarecimentos, formular propostas verbais, nos casos previstos nos arts. 44 e 45 da Lei Complementar n.º 123/2006, receber notificações e manifestar-se quanto a sua desistência de interpor recursos e de participar do certame.

(Local e Data)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Representante Legal)

Nome completo do emitente

OBS. A CARTA DE CREDENCIAMENTO DEVERÁ SER APRESENTADA EM PAPEL TIMBRADO DA LICITANTE E ESTAR ASSINADA POR UM REPRESENTANTE LEGAL QUE TENHA PODERES PARA CONSTITUIR MANDATÁRIO.

A CARTA DE CREDENCIAMENTO E O DOCUMENTO QUE COMPROVA A REPRESENTATIVIDADE LEGAL DO OUTORGANTE DEVERÃO SER ENTREGUES PELO CREDENCIADO, A COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO/HSJB/SAH, JUNTAMENTE COM OS ENVELOPES DE DOCUMENTAÇÃO E PROPOSTA COMERCIAL DA LICITANTE.



# SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

## ANEXO VI

### DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE

#### **Tomada de Preços n.º 021/2014/SAH-HSJB - Processo Administrativo n.º 930/2014**

(NOME DA EMPRESA)

\_\_\_\_\_ CNPJ N.º \_\_\_\_\_, sediada (endereço completo) \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, participante da Licitação na Modalidade TOMADA DE PREÇOS N.º 021/2014, Processo Administrativo n.º 930/2014, por intermédio de seu representante legal o (a) Sr (a) \_\_\_\_\_, portador (a) da carteira de identidade n.º \_\_\_\_\_, expedida em ---/---/--- pelo \_\_\_\_\_ e do CPF n.º \_\_\_\_\_, DECLARA, sob as penas da Lei, que é \_\_\_\_\_ (MICROEMPRESA ou EMPRESA DE PEQUENO PORTE), que cumpre os requisitos legais para efeito de qualificação como ME-EPP e que não se enquadra em nenhuma das hipóteses elencadas no § 4º do art. 3º da Lei Complementar n.º 123, estando apta a usufruir dos direitos de que tratam os artigos 42 a 45 da mencionada Lei, não havendo fato superveniente impeditivo da participação no presente certame.

(Local e Data)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Representante Legal)

Nome completo do emitente

OBS: A PRESENTE DECLARAÇÃO SOMENTE TERÁ VALOR QUANDO ASSINADA PELO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA LICITANTE, COM PODERES ESTATUÁRIOS E/OU CONTRATUAIS PARA TAL FINALIDADE.

## ANEXO VII

### MINUTA DE CONTRATO

CONTRATO DE LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTO, que fazem o  
SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR, e a empresa  
.....

O SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR, representado neste ato pelo Sr. SEBASTIAO FARIA DE SOUZA, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade n.º \_\_\_\_\_, e inscrito no CPF/MF sob o n.º \_\_\_\_\_,

, residente nesta cidade, de um lado, e, de outro, a empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ n.º \_\_\_\_\_, com sede na Rua \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ doravante denominada CONTRATADA, representada neste ato por \_\_\_\_\_, portador da Cédula de Identidade n.º \_\_\_\_\_, e inscrita no CPF/MF sob o n.º \_\_\_\_\_, residente, assinam o presente CONTRATO DE LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTO, de conformidade com o que consta do Processo Administrativo n.º 930/2014 /SAH/HSJB, que se regerá, no que couber, pelas normas da Lei Federal n.º 8.666/93, com alterações introduzidas posteriormente, e pelas cláusulas e condições seguintes:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA:

A CONTRATADA dá em locação ao SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR, 04 (quatro) VENTILADORES PULMONAR, com demais características e especificações constantes da proposta da empresa integrante do Processo Administrativo ora mencionados.

#### CLÁUSULA SEGUNDA:



# SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: [cpl@hsjb.org.br](mailto:cpl@hsjb.org.br) -- [sah.cpl@hsjb.org.br](mailto:sah.cpl@hsjb.org.br) -- site: [www.portalvr.com](http://www.portalvr.com)

O prazo de vigência da presente locação será de 24 (VINTE E QUATRO) meses, a contar da data de assinatura deste instrumento.

## PARAGRAFO PRIMEIRO:

Após o prazo de vigência do contrato os equipamentos passam a pertencer ao Serviço Autônomo Hospitalar, sem nenhum custo adicional.

## CLÁUSULA TERCEIRA:

São obrigações do SAH/HSJB:

- Comunicar, ao menor prazo possível, qualquer ocorrência relativa ao equipamento locado, para adoção pela CONTRATADA das providências necessárias;
- Disponibilizar espaço físico no HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA, a fim de proceder a instalação do equipamento e realização de treinamento dos funcionários indicados pela Coordenação;
- Fiscalizar a correta execução da locação contratada.

## CLÁUSULA QUARTA:

São obrigações da CONTRATADA:

- a) Fornecer e instalar os equipamentos descritos na cláusula primeira, no prazo máximo de vinte (20) dias a contar da data de assinatura deste instrumento.
- b) Prestar assistência técnica para manutenção preventiva e corretiva para os equipamentos locados, com reposição de peças e assessoria científica sempre que necessário, devendo a manutenção preventiva ocorrer uma (1) vez por mês, e a corretiva, em vinte e quatro (24) horas após a solicitação por parte do SAH/HSJB;
- c) Prestar treinamento para equipe indicada pelo serviço, e revisão e calibração dos equipamentos;
- d) Substituir o equipamento quando necessitar de manutenção fora das instalações do SAH/HSJB, ou quando apresentar defeitos recorrentes;
- e) Permanecer com os equipamentos durante a vigência do contrato;
- f) Repor o equipamento sempre que houver perda ocasionada por defeito em qualquer equipamento e/ou problemas técnicos decorrentes das características de fornecimento do mesmo;
- g) Efetuar a troca, imediatamente e às suas expensas, em qualquer época, o equipamento que vier a ser recusado por defeito, cuja verificação somente seja possível quando de sua utilização;

## CLÁUSULA QUINTA:

O SAH poderá exigir da CONTRATADA o afastamento ou substituição de qualquer empregado ou preposto, que tenha sua permanência considerada inconveniente nas dependências do HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA;

## CLÁUSULA SEXTA:

A CONTRATADA fica expressamente proibida de sub-contratar parcial ou totalmente os serviços, sob pena de rescisão deste instrumento, sem que tenha direito a indenização de qualquer espécie;



# SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

## CLÁUSULA SÉTIMA:

A CONTRATADA é a única responsável por todos os danos e demais prejuízos que, a qualquer título causar ao SAH ou a terceiros, por si, seus representantes ou prepostos na execução dos serviços, ficando o SAH, desde já, isento de toda e qualquer responsabilidade por reclamações e reivindicações que em decorrência possam surgir.

## CLÁUSULA OITAVA:

O valor global do presente contrato é estimado em R\$

. Para cobrir as despesas do presente Aditivo, O SAH, através do HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA, empenhou em favor da CONTRATADA, à conta da seguinte dotação orçamentária: (N.E. nº , de / / ), para pagamento pela execução mensal dos serviços, a quantia de R\$ ; entretanto, a sua liquidação far-se-á através de atestado encaminhado no prazo máximo de cinco (5) dias úteis, contados da apresentação do pedido da CONTRATADA, para que o pagamento ocorra no prazo de trinta (30) dias úteis após a entrada do relatório no setor de pagamento, desde que o processo esteja devidamente instruído, observando-se ainda, rigorosamente o estipulado nas cláusulas deste instrumento.

## CLÁUSULA NONA:

A CONTRATADA será punida com multa diária correspondente a um décimo por cento (0,1%) do valor deste contrato, por atraso que se verificar na prestação dos serviços de assistência técnica, após ser devidamente certificada pela fiscalização do HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA.

## CLÁUSULA DÉCIMA:

Sem prejuízo das perdas e danos e da multa moratória prevista, o SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR/HSJB poderá exigir da CONTRATADA, pelo descumprimento total ou parcial das obrigações contidas neste instrumento, as seguintes penalidades:

- Advertência;
- Multa administrativa graduável, conforme a gravidade da infração e no valor vigente à da de sua imposição, não podendo, no entanto, o seu valor global, exceder ao equivalente a vinte por cento (20%) do valor total deste instrumento;
- Suspensão temporária da faculdade de licitar e impedimento de contratar com o SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR/HSJB, por prazo não superior a 02 (dois) anos;
- Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração, enquanto perdurarem os motivos da punição, ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a CONTRATADA ressarcir a administração por prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção com base no item anterior.

## PARÁGRAFO PRIMEIRO:

As sanções previstas nesta cláusula poderão cumular-se e não excluem a rescisão unilateral do contrato.

## PARÁGRAFO SEGUNDO:

Os atos de aplicação de sanções serão motivados pelo HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA, facultada a defesa prévia da CONTRATADA no respectivo processo, no prazo de cinco (5) dias da ciência da decisão.

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA:



# SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

Dar-se-á rescisão administrativa do presente contrato, sem que a CONTRATADA tenha direito à indenização de qualquer espécie, no caso de ocorrer uma das hipóteses previstas nos incisos I a XII do artigo 78 da Lei Federal nº 8.666/93.

## PARÁGRAFO ÚNICO:

A rescisão de que trata a presente cláusula, acarretará à CONTRATADA, no que couber, as consequências de que trata o artigo 80 da Lei Federal nº 8.666/93, sem prejuízo das demais sanções previstas na Lei e neste contrato.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA:

Dar-se-á, ainda, a rescisão do presente contrato, no caso de ocorrer uma das hipóteses previstas nos incisos XIII e XVI do artigo 78 da Lei Federal nº 8.666/93.

## CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA:

Ocorrerá a rescisão amigável por acordo entre as partes, desde que haja conveniência para a Administração. A rescisão por qualquer causa não imputável à CONTRATADA, implica no pagamento a ela de quantia equivalente aos serviços executados, em perfeita condições, apurados pela fiscalização do HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA:

Em conformidade com as disposições do TOMADA DE PREÇOS Nº 021/2014/SAH/HSJB, o preço ora contratado será fixo e irrevogável durante o prazo de vigência deste contrato.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA:

Fazem parte integrante e complementar deste instrumento, as cláusulas e disposições contidas no TOMADA DE PREÇOS Nº 021/2014/SAH/HSJB, constante do Processo Administrativo nº 930/2014, porventura omitidas e não conflitantes com este instrumento.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA:

As partes contratantes, abrindo mão de qualquer privilégio, elegem o foro da Comarca de Volta Redonda - RJ., para dirimir quaisquer dúvidas oriundas deste contrato.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente em 03 (três) vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo assinadas para que produza os devidos e legais efeitos.  
Volta Redonda/RJ

\_\_\_\_\_  
SEBASTIAO FARIA DE SOUZA  
p/SAH/HSJB

\_\_\_\_\_  
p/CONTRATADA

## TESTEMUNHAS:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_