



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

DISPENSA DE LICITAÇÃO – DL N° 521/2016/CPL/HSJB/SAH

O SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR, por intermédio da COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO/HSJB/SAH, atendendo requisitos do Processo Administrativo nº 468/2016/HSJB/SAH, comunica aos interessados que fará realizar procedimento de **DISPENSA DE LICITAÇÃO – DL** nos termos do inciso II do artigo 24 da Lei Federal nº 8.666/93, com as modificações posteriores, de conformidade com as cláusulas e condições seguintes:

1 – DO OBJETO

1.1- Constituem o objeto desta DL a **AQUISIÇÃO DO MATERIAL** descrito no quadro abaixo, para atender as necessidades do HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA/SAH.

ITEM	QTD	UND	DESCRIÇÃO
01	2.000	UNID	CATETER JELCO - DISPOSITIVO INTRAVENOSO P/ACesso PERIFERICO C/ CATETER EXTERNO CONFECCIONANDO EM POLIURETANO (CERTON/VIALON) RADIOPACO,FLEXIVEL,ATOXICO,C/ CAMARA DE REFLUXO SANGUINEO TRANSPARENTE CRISTAL, AGULHA C/ BISEL SILICONIZADO,TRIFACETADO E BIANGULADO, C/ PROTETOR DE ENCAIXE. ESTERIL EMBALAGEM INDIVIDUAL C/ ABERTURA EM PETALA DE PAPEL GRAU CIRURGICO E/OU C/ FILME TERMOPLASTICO, C/ DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA DATA E TIPO DE ESTERILIZACAO, TEMPO DE VALIDADE E REGISTRO EM ORGAO COMPETENTE. CALIBRE 20G-COMPRI-MENTO 1"
02	1.000	UNID	DISPOSITIVO -TIPO JONTEX - P/ INCONTINENCIA URINÁRIA - BAINHA - EM LATEX NATURAL, FLEXIVEL, ELASTICO, ANATOMICO, HIPOALERGENICO, RESISTENTE A URINA E AO CALOR, EXTREMIDADE DISTAL CONECTADA A EQUIPO FLEXIVEL P/DRENAGEM DA URINA.
03	1.200	PARES	LUVA CIRURGICA-CONFECCIONADA EM LATEX NATURAL,TEXTURA UNIFORME,FORMATO ANATOMICO C/ALTA SENSIBILIDADE TACTIL,BOA ELASTICIDADE,RESISTENTE A TRACAO,PUNHO C/BAINHA OU FRISOS, COMPRIMENTO MINIMO DE 28CM,LUBRIFICADA C/ MATERIAL ATOXICO,ESTERIL,ACONDICIONADA EM ENVOLUCRO INTERNO C/DOBRAS P/ ABERTURA ASSEPTICA,DOBRADAS CONFORME PADRAO HOSPITALAR,C/INDICATIVOS DE MAO DIREITA E ESQUERDA E NUMERACAO;ENVELOPADA AOS PARES EM EMBALAGEM DE PAPEL GRAU CIRURGICO , C/ABERTURA EM PETALA,CONTENDO IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA,DATA TIPO DE ESTERILIZACAO TEMPO VALIDADE . TAM.7,0.
04	600	UNID	FITA ADESIVA HIPOALERGENICA - COM DORSO DE NAO TECIDO, MICROPOROSO, COM MASSA ADESIVA HIPOALERGENICA NA FACE INTERNA, COR CLARA EMBALAGEM TIPO CARRETEL PROTEGIDA ADEQUADAMENTE. TAMANHO:2,5CM X 10M.

OBS: ENVIAR CATÁLOGO OU PROSPECTO () SIM (X) NÃO

2 – DA HORA, DATA E FORMA DE APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA

2.1- O interessado deverá enviar a “PROPOSTA” até as **17h00min** do dia **29 de MARÇO de 2016**, para a COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO/HSJB/SAH, situada na Rua Nossa Senhora das Graças nº. 235 – COLINA – Volta Redonda/RJ. CEP 27.253.610 – Telefone/Fax (24) 3339-4246, podendo ser pelo EMAIL: cpl@hsjb.org.br, sah.cpl@hsjb.org.br, em MÃOS, ou por FAX (24) 3339-4246;

2.2- A PROPOSTA do interessado poderá obedecer ao modelo sugestão do ANEXO I:



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

3 - DA PARTICIPAÇÃO

3.1- Poderão participar desta DL qualquer interessado do ramo de atividade pertinente ao objeto da contratação, e que esteja com situação regular perante o FGTS, INSS e CNDT, sob pena de não aceitação da proposta pelo não atendimento.

COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO HOSPITAL SÃO JOAO BATISTA SERVIÇO AUTONOMO HOSPITALAR

ANEXO I – PROPOSTA

À

COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO

HOSPITAL SÃO JOAO BATISTA

SERVIÇO AUTONOMO HOSPITALAR

Rua Nossa Senhora das Graças N. 235 – COLINA – VOLTA REDONDA/RJ

Ref.: DISPENSA DE LICITAÇÃO - DL nº 468/2016

Abertura dia 29/03/2016, às 17h00min.

A empresa _____, com endereço na _____, nº _____ - Bairro _____ - Cidade _____, CNPJ nº _____, telefone _____, pela presente, propõe fornecer os materiais descritos no quadro abaixo, observando ainda as demais condições desta proposta:

ITEM	QTD	UND	DESCRIÇÃO

VALIDADE DA PROPOSTA: 60 (sessenta) dias, a contar da data desta proposta.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 dias.

PRAZO DE ENTREGA: ATÉ 5 dias. CONFORME SOLICITAÇÃO

DADOS BANCARIOS: BANCO – AGENCIA – CONTA

GARANTIA MÍNIMA: 12 MESES

Todos os impostos e as despesas necessárias para o correto fornecimento do(s) material(is) estão inclusos nos preços propostos.

_____, ____ de _____ de _____ (Local e data)

Assinatura do representante legal