



# 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)

## DISPENSA DE LICITAÇÃO – DL Nº 0761/2014/CPL/HSJB/SAH

O SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR, por intermédio da COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO/HSJB/SAH, atendendo requisitos do Processo Administrativo nº 761/2014/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	01	UND	<p>Balança de precisão digital para pesagem de componentes de sangue, com capacidade de até 6000 gramas e precisão de 0,001g. Deverá ser alimentado em rede elétrica de 110 / 220V.</p> <p>Condições de fornecimento: O equipamento deverá ser montado e instalado pela empresa fornecedora. Deverá vir acompanhado de manual de operação em português e manual técnico minimamente com as informações sobre boas práticas de conservação, limpeza e inspeção. Deverá ser oferecida garantia de pelo menos 02 (dois) anos com cobertura de todas as corretivas que se fizerem necessárias e realização de preventivas de acordo com a orientação do fabricante, sem a cobrança de nenhuma taxa extra de deslocamento de técnico.</p> <p>Deverá ser oferecido treinamento de operação aos usuários e de cuidados básicos e limpeza para técnico da manutenção/engenharia clínica/patrimônio. Deverá possuir registro no Ministério da Saúde</p>

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

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

2.1- O interessado deverá enviar a “PROPOSTA” até as **10h00min do dia 16 de MAIO de 2014**, 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](mailto:cpl@hsjb.org.br), [sah.cpl@hsjb.org.br](mailto: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:

### 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 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

À

**COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**

**HOSPITAL SÃO JOAO BATISTA**

**SERVIÇO AUTONOMO HOSPITALAR**

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

**Ref.: DISPENSA DE LICITAÇÃO - DL nº 761/2014**

Abertura dia ...../...../2014, às ..... Horas.

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: 10 dias.**

**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**