



COLETA DE PREÇOS

PROCESSO Nº 1287/2021 FMS/SMS/PMVR

ATENÇÃO:

- **Data limite para envio das propostas** 24/06/2021 às 10:00 h.
- Critério de julgamento: oferta de **menor valor unitário**.
- As propostas deverão ser feitas de forma clara e inequívoca e de acordo com as especificações solicitadas e encaminhadas para o e-mail: cpl2.fms.sms@epdvr.com.br.
- No ANEXO 1 consta o modelo que poderá ser utilizado para a apresentação das propostas (formato não é obrigatório, contudo, outros formatos deverão conter as mesmas informações ali apresentados).
- No ANEXO 2 consta local e prazo de execução do serviço.
- No ANEXO 3 consta a relação de documentos que **obrigatoriamente** deverão ser apresentados pela empresa vencedora.

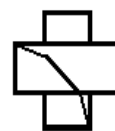
Para mais informações, favor entrar em contato:

E-mail: cpl2.fms.sms@epdvr.com.br

Telefone: (24) 3339-9627 – Falar com Milane ou outro membro da CPL.

Volta Redonda, 17 de junho de 2021.

GABRIEL RIBEIRO FIGUEIREDO
Comissão Permanente de Licitação
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE/PMVR



COLETA DE PREÇOS
PROCESSO Nº 1287/2021 FMS/SMS/PMVR

EMPRESA:						
RUA:						nº
BAIRRO:				CIDADE:		
CNPJ:						
TEL:		FAX:		E-mail:		
ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	MARCA	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
01	01	serviço	CALIBRAÇÃO DE AUDIÔMETRO Marca: Siemens Modelo SD25 - ACESSÓRIOS: - FONE Fabricante: Telephonics Modelo: TDH 39 Esquerdo Nº de Série: 348123 Direito Nº de Série: 348130 - VIBRADOR ÓSSEO Fabricante: Radioear Modelo: B71 Nº de Série: ND			
02	01	serviço	CALIBRAÇÃO DE AUDIÔMETRO Marca: Interacoustics Modelo AC33 ACESSÓRIOS: - FONE Fabricante: Telephonics Modelo: TDH 39 Esquerdo Nº de Série: 455432 Direito Nº de Série: 455427 - VIBRADOR ÓSSEO Fabricante: Radioear Modelo: B 71 Nº de Série: ND			
03	01	serviço	CALIBRAÇÃO DE ANALISADOR DE ORELHA MÉDIA - IMITANCIÔMETRO Marca Iteracoustics modelo AZ 7 ACESSÓRIO: - FONE Fabricante: Telephonics Modelo: TDH 39 Nº de Série: 18928			
04	01	serviço	CALIBRAÇÃO DE ANALISADOR DE ORELHA MÉDIA - IMITANCIÔMETRO Marca Iteracoustics Modelo AT-235 ACESSÓRIO: - FONE Fabricante: Telephonics Modelo: TDH 39 Nº de Série: 438279			
05	01	serviço	AVALIAÇÃO DE CABINE AUDIOMÉTRICA FIXA Marca Redusom Modelo/nº de serie: 3941.			
TOTAL GERAL						
VALIDADE DE PROPOSTA: 30 (trinta) dias						
CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 (trinta) dias						
PRAZO DE ENTREGA:						
Informar BANCO, AGÊNCIA E CONTA CORRENTE.						
Em,				CARIMBO CNPJ DA EMPRESA		
_____ Assinatura do Responsável						
IMPORTANTE: Favor preencher, carimbar e assinar, informar todos os dados solicitados no modelo acima. OBS: Pedimos que seja feito o orçamento conforme a especificação do(s) produto(s).						



Anexo 2

1- PRAZO E LOCAL DE EXECUÇÃO DO SERVIÇO:

- 1.1- Os serviços deverão ser executados na Policlínica da Cidadania/SMS/PMVR, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos após a emissão da nota de empenho.
- 1.2- O prazo da garantia dos serviços de ajuste é de 90 (noventa) dias, referente à mão de obra.

2- CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:

- 2.1- O serviço será executado na Policlínica da Cidadania/SMS/PMVR (Centro Oftalmológico da policlínica da Cidadania), sito na Rua 545, s/n, ____º andar - Bairro Aterrado – Volta Redonda/RJ, de segunda à sexta feira, exceto feriados, das 08h00min às 11h30min. e de 13h00min às 16h00min. Caso qualquer serviço seja necessário realizá-lo nas dependências da Contratada, devidamente autorizado pela Contratante, o ônus com o frete e seguro será por conta da Contratada.
- 2.2- Imediatamente, após a realização dos serviços, a CONTRATADA deverá apresentar ao CONTRATANTE, "Relatório de Serviços", no qual constará as ocorrências, os serviços executados, inclusive os decorrentes de peças ou componentes substituídos, que serão assinados pelo técnico de sua responsabilidade e pelo representante designado pela CONTRATANTE.
- 2.3- O serviço deverá ser acompanhado de cópia da respectiva nota de empenho e do original da nota fiscal, a qual registrará, obrigatoriamente:
 - 2.3.1- O número da Nota de Empenho e do Processo Administrativo relativo à licitação;
 - 2.3.2- Os dados bancários para pagamento: BANCO / AGÊNCIA / CONTA CORRENTE;
- 2.4- O serviço será recebido provisoriamente, para verificação da especificação, qualidade, quantidade e preço. A Nota Fiscal/Fatura emitida será retida pela Secretaria Municipal de Saúde/PMVR, que a remeterá para o setor competente para pagamento somente após atestado o recebimento definitivo.
- 2.5- O recebimento definitivo dar-se-á em 03 (três) úteis contados da data do recebimento provisório, quando a Nota Fiscal será atestada por Servidor da Secretaria Municipal de Saúde/PMVR. Caso o objeto não seja recebido definitivamente, a Nota Fiscal/Fatura será devolvida à Contratada;
- 2.6- Caso o serviço não atenda a qualquer uma das especificações constantes do Edital ou esteja fora dos padrões determinado, a unidade recebedora o devolverá para regularização no prazo máximo de 48 (quarenta e oito horas) O atraso na substituição do objeto acarretará a suspensão do pagamento, além da aplicação das penalidades previstas e na legislação pertinente;
- 2.7- Caso a Nota Fiscal/Fatura emitida contenha erros, a Secretaria Municipal de Saúde/PMVR reterá o objeto e não aceitará a Nota Fiscal/Fatura, devolvendo-a imediatamente à Contratada, que terá o prazo de 24 (vinte e quatro) horas para substituí-la, retificando-a, sem prejuízo da aplicação das penalidades previstas;



ANEXO 3

- A **empresa vencedora** ***deverá*** apresentar a **declaração** que não possui em seu quadro de pessoal empregado nos termos do inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal de 1988 e inciso V do art. 27 da Lei 8.666/93, conforme modelo a seguir:

DECLARAÇÃO

A empresa _____, com CNPJ sob o nº _____, estabelecida na _____, declara para os devidos fins e efeitos não atribuir trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de 18 (dezoito) anos e de qualquer trabalho a menores de 16 (dezesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

(LOCAL E DATA)

NOME DA EMPRESA DO REPRESENTANTE LEGAL E ASSINATURA