



P.A.	2347/22
FL.	

COLETA DE PREÇOS

PROCESSO Nº 2347/2022 FMS/SMS/PMVR

ATENÇÃO:

- **Data limite para envio das propostas** 29/09/2022 às 10 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 prazo de entrega, condições de entrega e recebimento.
- 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 ou cpl2.fms.sms@gmail.com

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

Volta Redonda, 26 de setembro de 2022.

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



COLETA DE PREÇOS

PROCESSO Nº 2347/2022 FMS/SMS/PMVR

EMPRESA:						
RUA:					Nº	
BAIRRO:			CIDADE:			
CNPJ:						
TEL:		e-mail:				
ITEM	QUANT	UNID	ESPECIFICAÇÃO	MARCA	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
01	01	un	Tela Dupla Face 37 x 28 - Composta por fios monofilamentares de baixa densidade, parcialmente absorvível. Com combinação de partes iguais de Polipropileno (material não absorvível) e Poliglecaprone (material absorvível) e composta por multicamadas separadora de tecidos, com macroporos e por tela de polipropileno de baixa densidade situada entre duas lâminas de polidioxanona, camada de celulose oxidada regenerada, matéria prima de origem vegetal e polidioxanona (absorvíve)l. Utilização: Prevenção e reparação de hérnias, retenção de órgãos e defeitos abdominais.			
TOTAL GERAL						
VALIDADE DE PROPOSTA: 30 (trinta) dias						
CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 (trinta) dias						
PRAZO DE ENTREGA:						
Informar BANCO, AGÊNCIA E CONTA CORRENTE.						
Em, <hr/> Assinatura do Responsável				CARIMBO CNPJ DA EMPRESA		
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).						



P.A.	2347/22
FL.	

Anexo 2

1) PRAZO DE ENTREGA

- 1.1- A entrega será única no prazo máximo de **15 (quinze) dias corridos** após emissão da nota de empenho

2) CONDIÇÕES DE ENTREGA E RECEBIMENTO

- 2.1- **Endereço de entrega: O objeto deverá ser entregue no Almojarifado do Hospital Municipal Dr. Munir Rafful, sito na Avenida Jaraguá, nº 1.020 - Bairro Retiro – Volta Redonda/RJ**, de segunda a sexta-feira, exceto feriados, sem ônus de frete e seguro para o município;

Horário para entrega: das 08h00min às 11h30min e das 13h00min às 15h30min;
Telefone para contato: (24) 3339-9393

- 2.1- A Contratada dará garantia de, no mínimo, **06 (seis) meses para todos os objetos adquiridos, a contar da data de recebimento definitivo do objeto;**

3) CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO DO OBJETO

- 3.1- O objeto será recebido e aceito após sumária inspeção realizada pela Fiscalização da Administração (Secretaria Municipal de Saúde), podendo ser rejeitado caso desatenda as especificações exigidas no presente Termo de Referência;

- 3.2- A contratada deverá dar total garantia quanto à qualidade dos bens fornecidos, ficando obrigada a reparar, corrigir ou substituir às suas expensas, no total ou em parte, o objeto em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções comprovadamente fora das especificações técnicas discriminadas no presente Termo de Referência;

- 3.3- Os bens serão recebidos pela fiscalização, de acordo com o art. 73 da lei nº 8.666/93, provisoriamente, para posterior verificação da qualidade e conformidade do objeto às especificações técnicas exigidas neste Termo de Referência;

- 3.4- A entrega deverá ser acompanhada de cópia da respectiva nota de empenho e da nota fiscal original, a qual registrará, obrigatoriamente:

- O número da Nota de Empenho e do Processo Administrativo relativo à aquisição;
- A discriminação do objeto;
- Os dados bancários para pagamento: BANCO / AGÊNCIA/ CONTA CORRENTE.

4) FISCALIZAÇÃO

- 4.1- De acordo com o disposto nos Art. 58, III e Art. 67, da lei nº 8.666/93, a execução do contrato administrativo cujo objeto é estabelecido no presente termo de referência será acompanhada e fiscalizada por servidor especialmente designado em Portaria da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda.



P.A.	2347/22
FL.	

Anexo 3

➤ A **empresa vencedora** *deverá* apresentar os seguintes documentos:

- a) Prova de inscrição no **Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica/CNPJ e Quadro de Sócios e Administradores/QSA**, em vigor o prazo de validade;
- b) Prova de regularidade com as Fazendas:
 - b.1) **Federal** (relativas a tributos administrados pela **Receita Federal do Brasil** e a inscrição em **Dívida Ativa da União**, junto à **Procuradoria Geral da Fazenda Nacional**), abrangendo, inclusive as contribuições sociais (INSS), com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1751, de 02/10/2014, com prazo de validade vigente;
 - b.2) Prova de regularidade com o **Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS**, mediante apresentação de **Certificado**, em vigor o prazo de validade;
 - b.3) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de **Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas/CNDT**, nos termos do título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 01/05/1943; (subitem incluso no ato convocatório da licitação por força da Lei nº 12.440/2011);
 - b.3.1) Será admitida a Certidão Positiva de Débitos Trabalhistas com os mesmos efeitos da Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas/CNDT;
- c) Qualificação Técnica:
 - c.1- Prova de capacidade técnica, mediante apresentação de certidão(ões) ou atestado(s) fornecido(s) por pessoas jurídicas de direito público ou privado, demonstrando fornecimento de produtos pertinentes e compatíveis com o objeto deste Termo de Referência;
 - c.2- Os Materiais Médicos Hospitalares relacionados devem possuir registro na ANVISA.
- d) **Declaração** do estabelecimento interessado 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 (dezesesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

(LOCAL E DATA)

NOME DA EMPRESA DO REPRESENTANTE LEGAL E ASSINATURA