



## COLETA DE PREÇOS

PROCESSO Nº 289/2020 FMS/SMS/PMVR

### **ATENÇÃO:**

- **Data limite para envio das propostas 25/01/2021 às 09:00 h.**
- Critério de julgamento: oferta de **menor valor global**.
- 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](mailto: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](mailto:cpl2.fms.sms@epdvr.com.br)

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

Volta Redonda, 18 de janeiro de 2021.

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



**COLETA DE PREÇOS**  
**PROCESSO Nº 289/2020 FMS/SMS/PMVR**

<b>EMPRESA:</b>					
<b>RUA:</b>					<b>nº</b>
<b>BAIRRO:</b>				<b>CIDADE:</b>	
<b>CNPJ:</b>					
<b>TEL:</b>		<b>FAX:</b>		<b>E-mail:</b>	
ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
01	01	serviço	Ensaio de Certificação em Cabine de Segurança Biológica Becnermed (Patr. PMVR 035404)		
02	01	serviço	Substituição com fornecimento do cabo de aço da Cabine de Segurança Biológica Becnermed (Patr. PMVR 035404)		
03	01	serviço	Substituição com fornecimento da lâmpada germicida da Cabine de Segurança Biológica Becnermed (Patr. PMVR 035404)		
04	01	serviço	Substituição com fornecimento do filtro H14 de exaustão da Cabine de Segurança Biológica Becnermed (Patr. PMVR 035404)		
05	01	serviço	Substituição com fornecimento do filtro H14 de insuflamento da Cabine de Segurança Biológica Becnermed (Patr. PMVR 035404)		
<b>PREÇO GLOBAL</b>					
VALIDADE DE PROPOSTA: <b>30 (trinta) dias</b>					
CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: <b>30 (trinta) dias</b>					
PRAZO DE ENTREGA:					
Informar <b>BANCO, AGÊNCIA E CONTA CORRENTE.</b>					
Em,			<b>CARIMBO CNPJ DA EMPRESA</b>		
   <hr/> <b>Assinatura do Responsável</b>					
<b>IMPORTANTE:</b> 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:**

- 5.1- Os serviços deverão ser executados no Laboratório Municipal da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Volta Redonda/RJ, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos após a emissão da nota de empenho.
- 5.2- 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 no Laboratório Municipal da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Volta Redonda/RJ, situado na Rua Deputado Geraldo Di Biase, nº 298- 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- O serviço deverá ser acompanhado de cópia da respectiva nota de empenho e do original da nota fiscal, a qual registrará, obrigatoriamente:
- 2.2.1- O número da Nota de Empenho e do Processo Administrativo relativo à licitação;
  - 2.2.2- Os dados bancários para pagamento: BANCO / AGÊNCIA / CONTA CORRENTE;
- 2.3- 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.
- 2.4- 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;
- 2.5- 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;
- 2.6- 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 os seguintes documentos:

- a) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
  - a.1) Cédula de identidade e CPF dos sócios ou dos diretores;
- b) Prova de inscrição no **Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica/CNPJ e Quadro de Sócios e Administradores/QSA**, em vigor o prazo de validade;
- c) Prova de regularidade com as Fazendas:
  - c.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;
  - c.2) **Estadual**, com prazo de validade vigente, acompanhada da **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÍVIDA ATIVA DO ESTADO**, em validade, conforme determina a Resolução Conjunta PGE/SER nº 033 de 24/11/2004 da Secretaria de Estado da Receita e Procuradoria Geral do Estado;
  - c.3) **Municipal**, do domicílio ou sede da licitante, com prazo de validade vigente;
  - c.4) Prova de regularidade com o **Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS**, mediante apresentação de **Certificado**, em vigor o prazo de validade;
  - c.5) 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);
    - c.5.1 - Será admitida a Certidão Positiva de Débitos Trabalhistas com os mesmos efeitos da Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas/CNDT;
  - c.6) 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 desta coleta de preços;
    - c.6.1 - A(s) **certidão(ões) ou atestado(s)** deverá(ão) ser datado(s) e assinado(s) por pessoa física identificada pelo seu nome e cargo em exercício na entidade/empresa, bem como dados para eventual contato;
  - c.7) Certidão de falências, concordatas e recuperação;
  - c.8) **Balanco patrimonial e demonstrações contábeis** do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei.
- 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