

COTAÇÃO PRÉVIA DE PREÇOS Nº 020851994-2018

O Hospital São José da Sociedade de São Vicente de Paulo, entidade privada sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ nº 21.320.064/0001-40, situada à Avenida Três nº 196 – Bairro: Centro – Ituiutaba-MG, torna público, para conhecimento dos interessados, que fará realizar Cotação Prévia de Preço, no âmbito do Convênio nº **851994/2017**, celebrado com o Ministério da Saúde, objetivando a aquisição de equipamentos e material permanente para Unidade de Atenção Especializada em Saúde.

Esta Cotação Prévia de Preços será executada obedecendo aos dispositivos da **Portaria Interministerial nº. 424/2016** e ainda sujeita às cláusulas e condições do Termo de Convênio nº. **851994/2017** e no que couber, à Lei Federal nº.8.666/93.

1. OBJETIVO

Aquisição de Equipamentos/ Materiais Permanentes para o **Hospital São José da Sociedade de São Vicente de Paulo**, conforme especificação técnica e valor aprovado no Termo de Referência do Ministério da Saúde, apresentado no Item 4 deste Edital.

2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

A aquisição visa cumprir o objeto do Convênio nº. **851994/2017**, celebrado entre o Ministério da Saúde e o Hospital São José da Sociedade de São Vicente de Paulo.

3-DA ENTREGA DA PROPOSTA E DOCUMENTAÇÃO

3.1. A proposta deverá ser digitada em papel timbrado da empresa, sem emendas, rasuras ou entrelinhas, conter data, nome fantasia, razão social, CNPJ, endereço completo, nome do representante da empresa e número de telefone e deverá **ser assinada** pelo representante legal da empresa. **DEVERÁ CONSTAR A DESCRIÇÃO TÉCNICA COMPLETA DO EQUIPAMENTO, COM FOTO, MARCA E MODELO.** Todos os valores da proposta deverão vir expressos em moeda nacional corrente, com apenas duas casas decimais e com validade não inferior a trinta (30) dias.

3.2 NÃO SERÃO ACEITAS PROPOSTAS CÓPIAS DO DESCRITIVO DO EDITAL.

3.3. A proposta e documentação deverão ser enviadas por e-mail a partir do dia **12/11/2018 até o dia 23/11/2018** para o endereço eletrônico: **compra.hsj@gmail.com**

3.3. Deverão ser encaminhados os seguintes documentos juntamente com a proposta:

- Comprovante de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;
- Certidão Negativa de FGTS;
- Certidão Negativa de Receita Federal do Brasil;



- Certidão Negativa de Receita Estadual;
- Certidão Negativa de Receita Municipal;
- Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
- Certidão Negativa de Falência ou recuperação judicial expedida pelo distribuidor ou pelos cartórios de registro de falência ou recuperação judicial da sede da empresa participante;
- Contrato Social ou Estatuto em vigor, devidamente registrado;
- Ata de Diretoria em exercício, devidamente registrada;
- Certificado de Registro do Equipamento emitido pela Anvisa;
- Alvará ou Autorização de funcionamento Sanitário emitido pela Vigilância Sanitária Estadual ou Municipal;
- Alvará de localização e funcionamento emitido pela Prefeitura Municipal;
- Documento de Identidade e CPF de Representante legal da Empresa;
- Procuração **com firma reconhecida em Cartório**, em caso de representante, acompanhada de Documento de Identidade e CPF do mesmo;
- Declaração de comprovação do Serviço de Assistência Técnica;
- Declaração de Inexistência de Empregado Menor – Anexo I;
- Declaração de Inexistência de Fatos Impeditivos para contratar com o Poder Público: - Anexo II;
- Atestado de capacidade técnica, comprovando que o proponente já tenha fornecido o **mesmo equipamento**, identificando marca e modelo, no mercado brasileiro, emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado. Deverá ser apresentado no mínimo (01) um atestado para comprovar a capacidade técnica, para atendimento ao objeto da presente Cotação Prévia, contendo informações sobre o fornecimento, instalação, qualidade do equipamento e assistência técnica: - Anexo III.
- Declaração de ciência do item 13, informando na declaração a concordância de aguardar o MINISTÉRIO DA SAÚDE liberar o recurso para o devido pagamento.

Os documentos listados acima deverão ser originais, já que serão todos encaminhados por e-mail.



4 DAS ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DO EQUIPAMENTO E VALOR APROVADO NO TERMO DE REFERÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Item	Nome do Item	Quantidade
1	ELETRCARDIOGRAFO PORTÁTIL	01
	Valor Unitário Aprovado pelo Ministério da Saúde	RS 13.000,00
	Valor total	RS 13.000,00

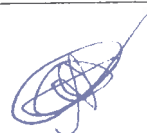
Especificação Técnica do Item

Eletrocardiógrafo com apresentação de no mínimo 3 curvas SIMULTÂNEAS na TELA DE CRISTAL LÍQUIDO COLORIDA.
 Porta USB no equipamento, exportação de exames para computador via pendrive no formato PDF.
 Impressão de 12 derivações em uma única página formato carta, papel comum ou termosensível;
 Alimentado por rede elétrica bivolt automático (100 a 240 VAC 50/60 Hz), sem fonte externa.
 Identificação do sinal do marcapasso;
 Proteção contra descarga do desfibrilador.
 Possui pré-visualização do exame e interpretação;
 Configuração rápida e intuitiva;
 Inserção de dados do paciente (Nome, ID, sexo, idade, altura e peso);
 Exibição e impressão da frequência cardíaca;
 Identificação do exame por impressão de data/hora.
 Bateria Interna.
 Registro na Anvisa.
 Deve conter os seguintes acessórios:
 01 Cabo de ECG 10 vias;
 01 cabo de força;
 Manual de instrução em Língua Portuguesa;
 02 Kits de eletrodos precordial e pera em silicone;
 02 Kits de eletrodos cardioclip adulto;
 01 Suporte com rodízios;
 Papel termosensível para 500 exames.
 Recursos disponíveis comprovados no Manual do equipamento cadastrado no site da ANVISA.

Item	Nome do Item	Quantidade
2	Monitor Multiparâmetros	02
	Valor Unitário Aprovado pelo Ministério da Saúde	RS 16.000,00
	Valor total	RS 32.000,00

Especificação Técnica do Item:

Monitor multiparâmetros para uso em ambiente hospitalar a beira leito ou transporte para pacientes adultos, pediátricos e neonatais. Visor: Tela de LCD, sensível ao toque (Touch Screen) de no mínimo 12 polegadas com resolução mínima de 800x600 pixels. Apresentar no mínimo oito curvas simultâneas e distintas. Possibilitar inclusão de dados do paciente (ID, nome) de forma manual (tela/teclado) e com leitor de código de barras.
 Deve ser configurado para monitorização dos seguintes parâmetros: eletrocardiograma (ECG), Respiração por impedância torácica, Saturação de Oxigênio (SPO2), Pressão não Invasiva (PNI) e dois canais de Temperatura. Também deve ser possível a expansão modular para a medida de s parâmetros: Pressão Invasiva, Capnografia, Eletroencefalograma (EEG) , índice Bi-espectral (BIS). Os módulos devem ser intercambiáveis e serão utilizados de acordo com a necessidade de cada setor do hospital.
ECG: Possui análise de arritmias e segmento ST. Detectar marcapasso. Possuir filtros para melhor visualização do traçado. Ser possível usar cabo de 3 e 5 vias.



Respiração: através de impedância torácica dos cabos de ECG. Frequência respiratória de 5 a 150rpm. Possuir alarme de apnéia configurável.

PNI: Medição de pressão não invasiva por método oscilométrico. Identificar mostrar na tela os valores de medida sistólica, diastólica e média. Possuir modos: manual, automático e STAT. No modo automático, efetuar medidas periódicas de 15, 30 e 120 minutos.

SPO2: Frequência de pulso: 30 a 300ppm. Faixa de saturação de 1-100%. Mostrar onda pletismografica na tela e índice de perfusão. Possuir alarme que identifique cabo desconectado/ausente.

Temperaturas: Possuir 2 canais de leitura com medidas de 25 a 45°C.

O monitor deve ter a possibilidade de comunicação com Central de Monitorização e com a rede hospitalar. Apresentar porta USB. Permitir visualizar as tendências/evoluções do paciente por mais de 48 horas. O equipamento deve ser Bivolt automático e permitir funcionamento de no mínimo 4 horas com bateria interna recarregável de íon de lítio. Possuir grau de proteção contra entrada de líquido de no mínimo IPX1. O sistema de refrigeração do monitor não deve ser através de ventoinha/cooler. Menu do equipamento deve ser em português. Garantia de 12 meses.

Recursos disponíveis comprovados no Manual do equipamento cadastrado no site da ANVISA Acessórios REUTILIZÁVEIS que devem acompanhar **cada unidade de monitor:**

ECG/RESPIRAÇÃO: 1 cabo de ECG 3 vias;

SPO2: 02 sensores de Dedo para paciente adulto.

PNI: 01 mangueira de pressão não invasiva para uso adulto.

02 manguitos/braçadeiras para paciente adulto.

01 Cabo de força

1 suporte de parede.

Item	Nome do Item	Quantidade
3	Ventilador Pulmonar eletrônico	03
	Valor Unitário Aprovado pelo Ministério da Saúde	RS 60.000,00
	Valor total	RS 180.000,00

Ventilador eletrônico, microprocessado para pacientes adultos, pediátricos e neonatos, para utilização em CTIs, Leitos Semi Intensivos e Politraumatizados e transporte intra-hospitalar.

Ciclado a tempo e/ou pressão

Limitado à pressão.

Fluxo contínuo para ventilação neonatal ou similar.

Fluxo intermitente para ventilação adulto.

Ar comprimido e oxigênio com alimentação por rede de alta pressão.

Função Auto-Teste.

Ventilação controlada acionada automaticamente em caso de apnéia, em todas as modalidades espontâneas.

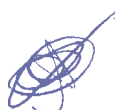
Possuir monitor gráfico colorido de no mínimo 12 polegadas, touchscreen, com apresentação de pelo menos duas formas de ondas simultâneas.

Monitoração de FIO2 através de célula paramagnética, galvânica ou ultrassônica.

Possuir os indicadores visuais: equipamento ligado na rede elétrica; bateria de emergência em uso; alarme sonoro silenciado temporariamente.

Possuir alarmes audiovisuais: apnéia; alta pressão nas vias aéreas; falta de alimentação elétrica; baixa pressão / desconexão do sistema respiratório; bateria de emergência com baixa carga. Alarmes de volume corrente e volume minuto.

Possuir os parâmetros de monitoração: fluxo inspiratório, frequência, tempo inspiratório, relação I:E, pressão inspiratória máxima, volume expiratório, pressão média; sistema de segurança de pressão



inspiratória máxima que evite aumento excessivo da pressão endotraqueal.
 Possuir os modos para ventilação: Assistido/Controlado (PCV, VCV, inclusive em neonatologia), ventilação com pressão suporte, SIMV – ventilação mandatório intermitente sincronizada e CPAP – PRVC, SIMV (PRVC) e Ventilação com volume de suporte (VSV), Pressão positiva contínua, modo ciclado a tempo e limitado a pressão com fluxo contínuo (TCPL), ventilação com suporte de pressão, APRV ou Bilevel ou Bipap;
 Possuir monitorização de Volume em BTPS;
 Teste de respiração espontânea;
 Possuir os recursos: Complacência e resistência: índice de esforço do paciente (pimáx); índice de respiração rápida e superficial (Índice de Tobin); pressão de oclusão (p 0.1).
 Fluxo inspiratório que abranja a faixa mínima de: 0.2 a 120 l/min no modo controlado
 Volume corrente que abranja a faixa mínima de: 05 a 2000 ml.
 Tempo inspiratório que abranja a faixa mínima de: 0,2 a 3 segundos.
 Deve possuir frequência respiratória de no máximo 150 rpm, afim de prevenir lesões pulmonares.
 PEEP que abranja a faixa mínima de: 0 a 45 cmH₂O.
 Pressão de suporte que abranja a faixa mínima de: 05 a 80 cmH₂O.
 Pressão controlada de: 05 a 90 cmH₂O.
 Pressão inspiratória: 05 a 60 cmH₂O.
 Pressão inspiratória e pressão de suporte ajustados de forma independente.
 Sensibilidade assistida por pressão e/ou fluxo.
 Possuir ciclagem Pressão suporte: 5 a 80% do pico de fluxo.
 Possibilidade de realização de ciclo manual.
 Funcionamento com circuito de ramo duplo;
 Possuir misturador de ar comprimido e oxigênio, eletrônico, interno, ajustável entre 21 a 100% (Blender), com sistema segurança ou By Pass que permita o funcionamento contínuo do aparelho, mesmo com a queda de uma das redes de gases (depois do equipamento ligado).
 Possuir backup para todas as modalidades espontâneas, inclusive em CPAP.
 Não permitir o desligamento do tempo de apnéia, para garantir o acionamento do backup.
 Possuir saída Serial RS 232 apta para impressão, gravação e comunicação com monitores e computadores.
 Possuir capacidade de monitorização das tendências gráficas e numéricas no mínimo de 60 horas.
 Tensão de alimentação: 110 a 220 Vac, fonte chaveada automática.
 Frequência de alimentação: 60 Hz.
 Bateria selada interna recarregável de emergência permitindo o funcionamento mínimo de 150 minutos.
 Acompanha: 01 (um) circuito paciente completo adulto/ped, autoclavável, com entrada individual para reabastecimento com seringa ou equipo, sem a desconexão do circuito paciente, 01 pedestal com rodízio e braço articulado para circuito e mangueiras conforme normas da ABNT.
 Certificado de Conformidade.
 Grau de proteção IPX1 e Registro da Anvisa.

Item	Nome do Item	Quantidade
4	Aparelho de Anestesia	02
	Valor Unitário Aprovado pelo Ministério da Saúde	R\$ 100.000,00
	Valor total	R\$ 200.000,00

Equipamento microprocessado para atender pacientes neonatais, pediátricos, adultos e obesos morbosos. Estrutura em material não oxidante, dotado de gavetas e rodízios com freios em pelo menos dois deles, mesa de trabalho e bandeja para apoio de monitores. Com sistema de auto teste ao



ligar o equipamento com detecções de erros, falhas de funcionamento, etc. Rotâmetro composto por fluxômetro com escalas para alto e baixo fluxo no mínimo para oxigênio (O₂) e óxido nitroso (N₂O), podendo ser uma única para ar comprimido ou com monitoração digital com entrada para oxigênio (O₂), ar comprimido e óxido nitroso (N₂O). Válvulas para controle de fluxo e pressão com sistema de segurança para proteger o paciente de pressão e fluxos inadequados. Filtro totalmente autoclavável, canister para armazenagem de cal sodada, possibilidade de sistema de exaustão de gases. Válvula APL graduada. Vaporizador do tipo calibrado de engate rápido, permitir acoplamento de 02 vaporizadores e com sistema de segurança para o agente selecionado (se ofertado sistema que permite o acoplamento para 01 vaporizador, deverá ser entregue suporte para acoplar o segundo vaporizador). Ventilador eletrônico microprocessado, com display LCD com tela colorida. Possuir pelo menos as modalidades ventilatórias: ventilação controlada a volume, ventilação controlada a pressão com possibilidade para ventilação intermitente mandatória sincronizada, ventilação por pressão de suporte, ventilação manual/espontânea. Possuir controle e ajuste para pelo menos os parâmetros: pressão máxima, volume corrente, frequência respiratória, fluxo e tempo inspiratório/expiratório, PEEP e pausa inspiratória - todos os controles devem possuir faixas de ajustes necessários para o atendimento de pacientes neonatais a obesos mórbidos. Monitorização de pelo menos: volume corrente, volume minuto, FiO₂, pressão de pico, média e PEEP. Monitorização gráfica de no mínimo pressão x tempo podendo ainda oferecer gráficos de fluxo x tempo e loops de pressão x volume e fluxo x volume. Alarmes audiovisuais e configuráveis pelo operador. Bateria interna recarregável com autonomia de no mínimo 30 minutos. Deverá acompanhar o equipamento, no mínimo: 02 Vaporizadores calibrados de engate rápido, 02 circuitos pacientes completos adulto/pediátrico e 02 neonatais com máscaras fabricados em silicone autoclavável, bateria interna recarregável, mangueiras de extensão para ar comprimido, oxigênio (O₂) e óxido nitroso (N₂O), balão para ventilação, analisador de gases, cabo de força, Alimentação elétrica a ser definida pela entidade. Manual e Software em português. Registro na Anvisa. Recursos disponíveis comprovados no Manual do equipamento cadastrado no site da ANVISA.

Valor total do Processo de Cotação Prévia: R\$ 425.000,00

Os equipamentos/materiais permanentes objeto desta cotação devem ser novos. Em hipótese alguma será aceito equipamentos usados ou reconicionados.

5 DA GARANTIA

5.1. O período de garantia total para os equipamentos/materiais permanentes incluindo reposição de peças, mão-de-obra, deslocamento de técnico, frete do transporte de partes ou peças, serviço de instalação, tem duração mínima de **12 meses** a contar da assinatura contratual.

5.2. Dentro da vigência da garantia, o fornecedor deve ser responsável por vícios ou defeitos de fabricação, bem como desgastes anormais do equipamento, suas partes e acessórios, obrigando-se a ressarcir os danos e substituir os elementos defeituosos ou o equipamento em si, se for caso, sem ônus à instituição, mesmo após o “aceite” e/ou pagamento.

6 DA ASSISTÊNCIA TÉCNICA E MANUTENÇÃO



6.1 O fornecedor deve possuir equipe de assistência técnica ou representante técnico especializado para a prestação permanente de serviços de manutenção, no raio de aproximadamente 700 km de distância do Hospital São José. Após o vencimento do prazo de garantia, o fornecedor deve garantir atendimento com qualidade satisfatória e mediante remuneração compatível com os valores de mercado.

6.2 O fornecedor deve assegurar a prestação dos serviços de manutenção preventiva ou corretiva, comprometendo-se a realizá-la em prazo máximo definido, a partir da data de recebimento do pedido da instituição, assumindo o ônus de não computar no período de garantia os prazos excedentes de manutenção dos equipamentos.

6.3 Informar na Proposta, quando for o caso, os custos de partes e peças, em especial, das de vida útil relativamente curta ou que estão sujeitas à esterilização, bem como das partes e peças importadas.

7 DO MANUAL DE OPERAÇÃO

O fornecedor, vencedor da cotação, deverá fornecer à instituição todas as informações técnicas em português, necessárias e suficientes, em Papel e ou CD.

8 DO TREINAMENTO

O fornecedor deve garantir o treinamento de operadores na quantidade que a instituição determinar em contrato, para capacitá-los quanto ao uso correto e seguro dos equipamentos, sem qualquer ônus para a instituição, apresentando documento comprobatório de treinamento.

9 DA INSTALAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS

9.1 A proposta apresentada pelos fornecedores deve conter requisitos mínimos da instalação dos EQUIPAMENTOS/materiais permanentes, necessários para avaliar a adequação das instalações da instituição para recebimento e funcionamento dos mesmos.

9.2 A instalação dos equipamentos/materiais permanentes deverá ser realizada pelo fornecedor ou representante autorizado, devendo ser iniciada exclusivamente após aprovação formalizada pelo fornecedor, ou seu representante, dos pré-requisitos de instalação.

9.3 O fornecedor ou seu representante autorizado deve efetuar os testes de instalação, realizando demonstração de seu funcionamento ao responsável técnico da Equipe Técnica da Cotação e/ou demais profissionais indicados por ele.

10 DO CRITÉRIO DE JULGAMENTO DAS PROPOSTAS

10.1 Serão desclassificadas as propostas que:

- a) Não atendam às exigências contidas na cotação prévia;
- b) Apresentem descontos excessivos ou manifestamente inexequíveis.
- c) Não encaminharem a documentação completa solicitada junto à proposta.



10.2 A escolha recairá pela proposta que apresentar, além do melhor preço, maior qualidade mensurada por requisitos como valor técnico, caráter funcional, compatibilidade com características ambientais, custos para instalação e de utilização, insumos, produtividade, custos de manutenção, localidade da assistência técnica, referências e requisitos similares.

10.3 Havendo empate entre duas ou mais propostas será classificada a que melhor atender as necessidades da empresa.

10.4 O resultado da avaliação das propostas será divulgado no site da Instituição: www.hospitalsaojose.org.br e registrado no SICONV.

10.5 Depois de homologada esta cotação não poderá ser impugnada.

11 DO PRAZO E CONDIÇÕES DE ENTREGA

11.1. A empresa VENCEDORA será contratada e com a mesma será formalizado a compra e venda através de um compromisso de compra e venda o qual irá prevê a entrega do equipamento em até **60** dias após a autorização da emissão de nota fiscal e encaminhamento da ordem de compra pela contratante.

11.2. A ordem de compra será encaminhada à contratada por e-mail **SOMENTE APÓS LIBERAÇÃO DOS RECURSOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE.**

11.3 Nos preços a serem oferecidos deverão estar incluídas todas as despesas diretas e indiretas para o cumprimento do fornecimento, **inclusive referente à entrega no local descrito no preâmbulo deste edital ou seja frete/transporte inclusos.**

12 DO INSTRUMENTO CONTRATUAL

12.1 A assinatura do instrumento contratual dar-se-á em até (10) dez dias úteis após a homologação do processo em apreço.

12.2 O representante legal da empresa vencedora, deverá assinar o instrumento contratual, dentro do prazo máximo de 03 (três) dias úteis a contar do recebimento de encaminhamento por e-mail.

12.3 Em caso de descumprimento de prazo estipulado acima sem comunicação ou justificativa, ou recusa em assinar o contrato, a Instituição poderá convocar os participantes remanescentes, observando a ordem de classificação, para celebrar o contrato. Neste caso, o remanescente deverá manter sua proposta apresentada, podendo ainda haver negociações para reduzi-la.

13 DO PAGAMENTO

13.1 **O pagamento está condicionado à liberação de recursos pelo Ministério da Saúde após análise técnica e aprovação do presente processo de cotação Prévia de Preços – Divulgação eletrônica, conforme previsto no artigo 41, inciso II, alínea b e no artigo 66, alínea f da Portaria nº 424/2016 de 30 de dezembro de 2016.**

13.2 O pagamento será efetuado por meio de OBTV, via SICONV, em conta corrente informada pelo contratado, mediante a apresentação da nota fiscal em até 10 (dez) dias úteis contados do Aceite Técnico de recebimento e instalação do Equipamento.

13.3 O Aceite Técnico será emitido pelo responsável técnico indicado no documento de designação da Equipe Técnica de Cotação, atestando o recebimento dos equipamentos em plenas condições de uso.

14 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1 A qualquer tempo pode ser revogada a contratação da empresa que deixar de satisfazer às exigências estabelecidas neste documento e aos padrões de qualidade adotados pela Entidade.

14.2 O proponente selecionado é responsável, em qualquer época, pela fidelidade e pela legitimidade das informações constantes nos documentos apresentados, podendo ser cancelado o credenciamento da empresa se verificada alguma irregularidade na documentação ou nas informações apresentadas.

14.3 A participação no processo de seleção importa na aceitação integral e irretratável das normas contidas neste documento.

14.4 A Entidade poderá revogar ou anular a presente cotação, em decisão motivada, sem que caiba qualquer indenização aos candidatos.

14.5 Os casos omissos serão resolvidos pela Entidade.

Ituiutaba-Mg, 08 de Outubro de 2018.



Adélia Rodrigues da Silva Oliveira

Presidente da Comissão de Cotação Prévia e Licitação

Hospital São José da Sociedade de São Vicente de Paulo

(Papel Timbrado da Empresa participante)

ANEXO I
DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE EMPREGADO MENOR

Ref. Cotação Prévia nº 020851994-2018

A empresa inscrita no CNPJ nº por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a)..... portador(a) da Carteira de Identidade e do CPF..... declara para fins do disposto no inciso XXXIII, do art. 7º da Constituição Federal, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz.

(Local e data)

(Assinatura do Representante legal)



(Papel Timbrado da Empresa participante)

ANEXO II
DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS

Ref. Cotação Prévia nº 020851994-2018

A empresa estabelecida no endereço , inscrita no CNPJ nº por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a). , declara sob as penalidades cabíveis a inexistência de fatos impeditivos à sua participação no Edital de Cotação Prévia nº **020851994-2018**, estando ciente da obrigatoriedade de comunicar a ocorrência de qualquer ocorrência posterior. Declara, ainda, que cumpre plenamente os requisitos para a habilitação previstos neste Edital.

(Local e data)

(Assinatura do Representante legal e carimbo com CNPJ)



ANEXO III

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Declaramos para os devidos fins que a Empresa
estabelecida (Rua, Nº, CEP, Bairro, Município, Estado), inscrita no CNPJ sob o
nº.....e Inscrição Estadual nº..... já
forneceu o(s) Item(s) abaixo discriminado(s) , na(s) data(s) cumprindo
todas as condições que lhe foram impostas, relativas à qualidade, quantidade e prazo de
entrega.

Item :

Descrição (marca e modelo do equipamento)

(Local e data)

(Assinatura do Representante legal)

Nome da Empresa :

Endereço:

Telefone :

(Em papel timbrado e com todos os dados relativos à pessoa jurídica emitente)

