

---

## COTAÇÃO PRÉVIA DE PREÇOS Nº 039888570-2020

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 **888570-19**, 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 **888570-19** 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. **888570-19**, 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 **10/07/2020 até o dia 17/07/2020** para o endereço eletrônico: **[compra.hsj@gmail.com](mailto: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 do 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;
  - **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 e legíveis 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	<b>Monitor Multiparâmetros para Centro Cirúrgico</b>	<b>01</b>
	Valor Unitário Aprovado pelo Ministério da Saúde	<b>RS 90.000,00</b>
	Valor total	<b>RS 90.000,00</b>

**Especificação Técnica do Item**

Monitor multiparâmetros com ECG, TEMP, RESP, SPO2, PNI, 2 canais de Temperatura, 2 canais de Pressão Invasiva, Índice Bi espectral (BIS<sup>®</sup>), Analisador de Agentes Anestésicos e Capnografia. Tela de LCD colorida de alta resolução de no mínimo 1024 x 768 pixels e sensível ao toque (touch screen), com tamanho mínimo de 15 polegadas;

Peso máximo 10kg; Grau de proteção no mínimo IPX1;

Monitoração simultânea dos seguintes parâmetros fisiológicos: ECG, Oximetria (SpO2), Pressão Arterial Não Invasiva (PNI), 2 canais Temperatura, Respiração, 2 canais de Pressão Invasiva, Índice Bi espectral Bis<sup>®</sup>, Agente Anestésico e Capnografia;

Possibilidade de conexão com central de monitorização e possibilidade de visualizar parâmetros de outro monitor;

Tendências gráficas e tabulares de todos os parâmetros, pelo menos das últimas 72 horas, com cursor que possibilita a verificação dos valores dos parâmetros, para cada horário apresentado no monitor;

Sistema de alarmes sonoros e visuais, com limites máximos e mínimos programáveis pelo usuário, para todos os parâmetros monitorados;

Permite visualização simultânea de no mínimo 12 (doze) curvas alinhadas, com seus respectivos valores numéricos digitais na tela, para evitar erros de interpretação, sendo operador responsável pela escolha dos parâmetros a serem visualizados;

Possui capacidade de inserir no mínimo (02) dois módulos intercambiáveis, sem necessidade de atualização de software;

**Parâmetros:**

**ECG**

1. Possibilidade de 3, 7 ou 12 derivações (de acordo com a Configuração);
2. Ajuste da velocidade do traçado 12,5mm/s; 25mm/s e 50mm/s.
3. Sensibilidade do traçado (1/2, 1, 2, 4);
4. Faixa de leitura mínima da Frequência Cardíaca: 20 a 300bpm, para paciente adulto, pediátrico e neonatal, através de cabo de no mínimo 3 vias;
5. Alarme de mínimo e máximo; e alarme de eletrodo solto com identificação do mesmo;
6. Detecção automática de no mínimo 10 tipos de arritmias;
7. Análise de segmento ST em todas as derivações;
8. Detecção de marca-passo;
9. Proteção contra descarga de Cardioversor e equipamentos eletrocirúrgicos;

**Respiração (impedância)**

1. Indicação da frequência respiratória e apresentação da curva de respiração;
2. Faixa de leitura mínima: 3 a 150rpm; alarmes de mínimo e máximo;
3. Detecção e alarme de apneia com tempo programável.

**Oximetria de pulso**

1. Apresenta curva pletismografica com o respectivo valor numérico;
2. Faixa de leitura de 0 a 100%;
3. Medição de pulso mínima: 20 a 300bpm; alarmes de mínimo e máximo;
4. Índice de perfusão;



5. Alarme de saturação, máximo e mínimo;

**Pressão Não Invasiva (PNI)**

1. Método de mensuração oscilométrico, com margem de mensuração mínima de 10 a 270mmHg, variando de acordo com o paciente;
2. Seleção de paciente, adulto, pediátrico e neonatal;
3. Alarme de máximo e mínimo;
4. Executar medidas de pressão arterial sistólica, média e diastólica;
5. Mensuração manual e automática com intervalos pré-programáveis pelo usuário, num range mínimo de 1 a 120 minutos;

**Temperatura**

1. Possibilidade de medir até duas temperaturas;
2. Margem de mensuração mínima de 0 a 45°C;
3. Alarmes de mínimo e máximo.
4. Utilizar transdutor superficial ou de cavidades reutilizável ou descartável;

**Pressão Invasiva**

1. Capaz de mensurar até duas pressões invasivas;
2. Faixa de Medição mínima: -40 a 300mmHg
3. Rotulagem com os nomes das pressões invasivas em uso;
4. Ajustes de alarmes superiores e inferiores para as três pressões (Sistólica, diastólica e média, além de frequência de pulso ou batimentos cardíacos).
5. Capaz de realizar a verificação da variação da pressão de pulso (VPP).

**Alimentação**

1. Alimentação elétrica: O aparelho deve ter comutação automática de voltagem com faixa mínima de tensão de 100 a 240 volts – 60 Hz. O equipamento deve utilizar todas tomadas e plugues de acordo com o novo padrão brasileiro - conforme NBR 14.136.

2. Deve estar de acordo e possuir os certificados de conformidade com a Norma Geral para segurança de equipamento eletromédico NBR IEC 60601-1, com a Norma Colateral de Compatibilidade Eletromagnética NBR IEC 60601-1-2.

3. Bateria Interna: mínimo 120 minutos

Deve possuir registro atualizado na ANVISA;

O equipamento deve estar em conformidade com as normas vigentes; Deve possuir registro atualizado na Anvisa, Software em português; Manual de operação em português.

**Devem acompanhar cada equipamento :**

- 01 cabo de força;
- 02 cabos de ECG de 5 vias;
- 02 sensores de oximetria adulto;
- 02 manguitos para PNI, adulto/pediátrico;
- 01 manguito para PNI adulto Obeso;
- 02 Mangueiras para PNI;
- 02 sensores de temperatura cutâneo
- 12 linhas de amostragem para agente anestésico/capnografia;
- 12 water trap's para anestésico/capnografia;
- 01 Cabo completo para monitoramento BIS<sup>®</sup>
- 15 Eletrodos para BIS<sup>®</sup> no mínimo;
- 01 Bateria recarregável;

Item	Nome do Item	Quantidade
2	<b>Berço Aquecido</b>	<b>01</b>
	Valor Unitário Aprovado pelo Ministério da Saúde	<b>RS 19.700,00</b>
	Valor total	<b>RS 19.700,00</b>
<p>Equipamento com sistema de aquecimento de calor irradiante por elemento aquecedor localizado na parte superior do berço. Possuir giro bilateral no plano horizontal para posicionamento do aparelho de raios X; possuir bandeja para alojamento do filme radiográfico. Leito do recém-nascido construído em material plástico radiotransparente com laterais rebatíveis e/ou removíveis para facilitar o acesso ao paciente, ajustes do leito nas inclinações mínimas de Trendelenburg e Próclive; colchão de espuma de densidade adequada ao leito do paciente em material atóxico e autoclavável, com revestimento removível e antialérgico nas dimensões do berço. Estrutura em aço pintado em tinta epóxi ou similar, mobilidade através de rodízios com freios e pára-choques frontal e traseiro. Display a LED ou LCD para indicação de temperatura atual, temperatura auxiliar, leitura da temperatura ambiente e nível de potência; memória para retenção dos valores programados. Sistema de controle microprocessado, com modo de operação servo controlado através de sensor ligado ao RN e manual; relógio Apagar incorporado; alarmes audiovisuais intermitentes para visualização da falta de energia; falha na resistência de aquecimento; falta de sensor ou desalojamento do sensor no paciente; hipotermia e hipertermia; alta temperatura prolongada; advertência de rotina. Deverá acompanhar o equipamento no mínimo: Bandeja sob o leito para armazenamento de materiais diversos , suporte de soro, régua de gases e suporte para monitor . Alimentação elétrica a ser definida pela entidade. Registro na Anvisa.</p>		
Item	Nome do Item	Quantidade
3	<b>Poltrona Hospitalar</b>	<b>05</b>
	Valor Unitário Aprovado pelo Ministério da Saúde	<b>RS 1.260,00</b>
	Valor total	<b>RS 6.300,00</b>
<p>Poltrona hospitalar com estrutura tubular inferior construída em tubos de aço de 31,75mm x 2,0mm e estrutura superior em tubos de aço de 25,4mm x 2,00mm revestidos em pintura a pó polimerizada em estufa de alta temperatura com alta resistência química e mecânica. Assento, encosto estofados com espuma anatômica de alta densidade, revestidos em courvim. Braços articulados que se movimentam junto com a inclinação do encosto. Acionamento fácil e rápido dos movimentos permitindo várias posições através de alavancas. capacidade: até 150 kg. Registro na Anvisa.</p>		
<b>Valor total do Processo de Cotação Prévia:</b>		<b>RS 116.000,00</b>

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 da 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 encaminhem 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](http://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 irrevogável 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 julho de 2020.



**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 039888570-2020**

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 039888570-2020**

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 **039888570-2020**, 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)

