

	<p><b>HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE DE SÃO VICENTE DE PAULO</b> CNPJ 21.320.064/0001-40 AV. 3, N.º 196 – CENTRO – ITUIUTABA MG - CEP: 38300-160 FONE: 34 – 3271-7200 - E-MAIL: <a href="mailto:hsj.ssvp@gmail.com">hsj.ssvp@gmail.com</a> Site: <a href="http://www.hospitalsaojose.org.br">www.hospitalsaojose.org.br</a></p>	
--	---	--

### COTAÇÃO PRÉVIA DE PREÇOS Nº 0206-2023

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 **06/2022**, celebrado com o Município de Ituiutaba, objetivando a aquisição de equipamentos e material permanente de acordo com a Resolução SES -MG nº 7587 de 01/07/2021.

Esta Cotação Prévia de Preços será executada obedecendo aos dispositivos da Decreto Estadual 45.468/2010, arts. 17 e ainda respeitando os princípios jurídicos insertos no art. 37 da Constituição Federal, 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, apresentada no Item 4 deste Edital.

#### 2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

A aquisição visa cumprir o objeto do Convênio nº. **06/2022**, celebrado entre o Município de Ituiutaba 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 ou procurador.

**3.2 DEVERÁ CONSTAR A DESCRIÇÃO TÉCNICA COMPLETA DO EQUIPAMENTO/MÓVEL, COM FOTO, MARCA E MODELO.**

3.3 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.

**3.4 NÃO SERÃO ACEITAS PROPOSTAS CÓPIAS DO DESCRITIVO DO EDITAL.**

3.5 A proposta e documentação deverão ser enviadas por e-mail a partir do dia **30/08/2023 até o dia 05/09/2023** para o endereço eletrônico: [compra.hsj@gmail.com](mailto:compra.hsj@gmail.com)

**3.6. SERÁ CONSIDERADO GANHADOR DO PROCESSO, O FORNECEDOR QUE APRESENTAR MENOR PREÇO E ATENDER AOS REQUISITOS TÉCNICOS DOS EQUIPAMENTOS.**

**3.7. O FORNECEDOR GANHADOR DEVERÁ APRESENTAR A SEGUINTE DOCUMENTAÇÃO :**

- Comprovante de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;

	<p><b>HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE DE SÃO VICENTE DE PAULO</b> CNPJ 21.320.064/0001-40 AV. 3, N.º 196 – CENTRO – ITUIUTABA MG - CEP: 38300-160 FONE: 34 – 3271-7200 - E-MAIL: <a href="mailto:hsj.ssvp@gmail.com">hsj.ssvp@gmail.com</a> Site: <a href="http://www.hospitalsaojose.org.br">www.hospitalsaojose.org.br</a></p>	
--	---	--

- 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;
- Certificado de Segurança do Equipamento/Móvel, Registro na Anvisa ;
- Manual técnico do produto;
- 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;

Os documentos listados 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>BIPAP com Monitor Gráfico</b>	<b>01</b>
	Valor Unitário aprovado pela Resolução SES-MG nº 7587 de 01/07/2021	<b>RS 28.693,00</b>
	Valor Total	<b>RS 28.693,00</b>
<p>SISTEMA DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA BIPAP/ BILEVEL (BI-LEVEL POSITIVE AIRWAY PRESSURE) COM MONITOR GRÁFICO</p> <p>Bilível microprocessado com gerador próprio de ar comprimido, com dois níveis de pressão: Inspiratória e expiratória. Atende pacientes adulto e pediátrico. Sistema de suporte ventilatório não invasivo;</p> <p><b>Características Mínimas:</b></p> <p>Capacidade para fornecer dois níveis de pressão: positiva IPAP – Pressão Positiva Inspiratória nas vias aéreas ou suporte pressórico e EPAP - Pressão Positiva Expiratória nas vias aéreas ou PEEP.</p> <p>Sistema de ventilação não-invasiva, BIPAP/ BILEVEL com modalidades de ventilação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espontâneo,</li> <li>• Espontâneo/controlado - o dispositivo aumenta qualquer respiração iniciada pelo paciente, mas também fornece respirações adicionais se a frequência respiratória do paciente descer para um valor abaixo da frequência respiratória definida,</li> <li>• Modo T (Temporizado)—a frequência respiratória fixa e o tempo inspiratório fixo,</li> <li>• Controlado - (Pressão assistida controlada),</li> <li>• Pressão Contínua em Via Aérea (CPAP),</li> <li>• Pressão de suporte com volume assegurado,</li> <li>• Bateria Interna :</li> </ul>		



**HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE DE  
SÃO VICENTE DE PAULO**

CNPJ 21.320.064/0001-40  
AV. 3, N.º 196 – CENTRO – ITUIUTABA MG - CEP: 38300-160  
FONE: 34 – 3271-7200 - E-MAIL: [hsj.ssvp@gmail.com](mailto:hsj.ssvp@gmail.com)  
Site: [www.hospitalsaojose.org.br](http://www.hospitalsaojose.org.br)



**Especificações técnicas:**

- IPAP: 4 cm H<sub>2</sub>O a 30 cm H<sub>2</sub>O
- EPAP: 4 cm H<sub>2</sub>O a 25 cm H<sub>2</sub>O
- CPAP: 4 cm H<sub>2</sub>O a 20 cm H<sub>2</sub>O
- Volume corrente 100 ml a 2000 ml
- Frequência respiratória 5 a 60 ipm
- Fuga 0 a 120 l/min

Ajustes: teclado ou cartão de gravação de dados detalhados

Dados de Memória: data/tempo, duração com pressão, eventos do paciente, uso da rampa e sensibilidade automática, controle integrado para umidificação aquecida, teclado iluminado, liga/desliga automático.

Tela de LCD

- Alarme
- Alarme de vazamento da máscara (igual fuga)/ máscara não ventilada
- Circuito desligado—quando a fuga excede os 105 l/min
- Tubo obstruído
- Bateria interna vazia
- Ventilação minuto baixa
- Fuga alta
- Pressão alta
- Pressão baixa
- Frequência respiratória alta
- Frequência respiratória baixa
- Apneia

Energia Elétrica: bivolt automático

Deve possuir:

- Entrada para adição de oxigênio no equipamento
- Tempo de rampa:

Painel de controle com monitoração por display:

Nível de pressão acústica 31 DbA:

Tempo de rampa : 0 a 45 minutos;

- Registro na ANVISA.

-Garantia: 12 (doze) meses

**Acessórios:**

01 carro de transporte;

01 conjuntos de traqueias adulto 1,80m;

01 conjuntos de máscaras faciais reutilizáveis com bojo em Silicone nos tamanhos, P, M e G;

01 Manual de Serviço em Língua portuguesa contendo todas as informações, instruções e procedimentos de reparo e calibração do mesmo;

01 Manual de usuário em Língua portuguesa, em meio impresso;

Item	Nome do Item	Quantidade
2	Ventilômetro	01
	Valor Unitário aprovado pela Resolução SES-MG nº 7587 de 01/07/2021	RS 12.575,00
	Valor Total	RS 12.575,00

O equipamento deve possuir seguintes características:

Confeccionado em aço inoxidável com os respectivos conectores;

- Conexões de entrada/saída de 22 mm e intervalo de medição de 0-11/min e o 0-100l/min; Visor com diâmetro de 35mm.

Manômetro de pressão com escala positiva máxima de  $\pm 120$  cmH<sub>2</sub>O, escala negativa máxima de 120 cmH<sub>2</sub>O;

Intervalo de escala de 4 em 4 cmH<sub>2</sub>O;

Precisão de 0.25%;



**HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE DE  
SÃO VICENTE DE PAULO**  
CNPJ 21.320.064/0001-40  
AV. 3, N.º 196 – CENTRO – ITUIUTABA MG - CEP: 38300-160  
FONE: 34 – 3271-7200 - E-MAIL: [hsj.ssvp@gmail.com](mailto:hsj.ssvp@gmail.com)  
Site: [www.hospitalsaojose.org.br](http://www.hospitalsaojose.org.br)



Deve oferecer a medição de volume corrente e volume minuto para pacientes em respiração espontânea e em ventilação assistida.

- Aferição do VC, VM, VVM, capacidade vital
- Utilizado no processo de desmame e na checagem do volume indicado no ventilador
- Deve ser esterilizável com óxido de metileno

REGISTRO NA ANVISA

GARANTIA 12(doze) meses

Acessórios:

- 01 Adaptador macho compatível BS/ISO;
- 01 Adaptador fêmea compatível BS/ISO;
- 01 Bolsa para transporte.

**Total da Cotação : R\$ 41.268,00**

Os bens objeto desta cotação devem ser novos. Em hipótese alguma será aceito móveis usados ou recondicionado.

## 5. DA GARANTIA

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 pagamento. Incluindo na garantia o deslocamento do bem em função de defeito ou funcionamento incorreto.

## 6. DA ASSISTÊNCIA TÉCNICA E MANUTENÇÃO

6.1. O fornecedor deve possuir equipe da assistência técnica ou representante técnico especializado durante o prazo de garantia dos equipamentos. 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.

6.4 Assumir qualquer encargo referente a manutenção do bem objeto desse processo, seja de frete, imposto, reposição de peças, etc.

## 7. DO MANUAL DE OPERAÇÃO

	<p><b>HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE DE SÃO VICENTE DE PAULO</b>  CNPJ 21.320.064/0001-40  AV. 3, N.º 196 – CENTRO – ITUIUTABA MG - CEP: 38300-160  FONE: 34 – 3271-7200 - E-MAIL: <a href="mailto:hsj.ssvp@gmail.com">hsj.ssvp@gmail.com</a>  Site: <a href="http://www.hospitalsaojose.org.br">www.hospitalsaojose.org.br</a></p>	
--	---	--

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

## 8. DA INSTALAÇÃO

- 8.1 A proposta apresentada pelos fornecedores deve conter requisitos mínimos da instalação dos materiais permanentes, necessários para avaliar a adequação das instalações da instituição para recebimento e funcionamento dos mesmos, quando necessário.
- 8.2 A instalação dos 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.
- 8.3 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.

## 9 DO CRITÉRIO DE JULGAMENTO DAS PROPOSTAS

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.**

- 9.1 A escolha recairá pela proposta que apresentar **melhor preço**, desde que atendidas as exigências técnicas, deste edital, sobretudo referente a qualidade e compatibilidade aos itens já existentes no hospital.
- 9.2 Havendo empate entre duas ou mais propostas será classificada a que melhor atender as necessidades da empresa.
- 9.3 O resultado da avaliação das propostas será divulgado no site da Instituição: [www.hospitalsaojose.org.br](http://www.hospitalsaojose.org.br).

## 10 DO PRAZO E CONDIÇÕES DE ENTREGA

- 10.1. A ordem de compra será encaminhada à contratada por e-mail pelo Setor de compras do Hospital São José da SSVP, juntamente com a solicitação de emissão de Nota Fiscal com **prazo de entrega de 20 dias**.
- 10.2 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 bem como tributos e taxas sobre esse incidente.**

## 11 DO PAGAMENTO



	<p><b>HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE DE SÃO VICENTE DE PAULO</b>  CNPJ 21.320.064/0001-40  AV. 3, N.º 196 – CENTRO – ITUIUTABA MG - CEP: 38300-160  FONE: 34 – 3271-7200 - E-MAIL: <a href="mailto:hsj.ssvp@gmail.com">hsj.ssvp@gmail.com</a>  Site: <a href="http://www.hospitalsaojose.org.br">www.hospitalsaojose.org.br</a></p>	
--	---	--

**11.1 O pagamento será efetuado por meio de transferência bancária, via convênio 06/2022 em conta corrente informada pelo contratado, mediante a apresentação da nota fiscal em até 10 (dez) dias contados do recebimento e instalação do Equipamento.**

## **12 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

- 12.1 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.
- 12.2 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.
- 12.3 A participação no processo de seleção importa na aceitação integral e irrevogável das normas contidas neste documento.
- 12.4 A Entidade poderá revogar ou anular a presente cotação, em decisão motivada, sem que caiba qualquer indenização aos candidatos.
- 12.5 Os casos omissos serão resolvidos pela Entidade.

Ituiutaba-Mg, 28 de agosto de 2023.



**Daniela Campos da Silva**  
**Presidente da Comissão de Cotação Prévia e Licitação**  
**Hospital São José da Sociedade de São Vicente de Paulo**

	<p><b>HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE DE SÃO VICENTE DE PAULO</b>  CNPJ 21.320.064/0001-40  AV. 3, N.º 196 – CENTRO – ITUIUTABA MG - CEP: 38300-160  FONE: 34 – 3271-7200 - E-MAIL: <a href="mailto:hsj.ssvp@gmail.com">hsj.ssvp@gmail.com</a>  Site: <a href="http://www.hospitalsaojose.org.br">www.hospitalsaojose.org.br</a></p>	
--	---	--

(Papel Timbrado da Empresa participante )

**ANEXO I  
DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE EMPREGADO MENOR**

**Ref. Cotação Prévia nº 0206-2023**

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)



	<p><b>HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE DE SÃO VICENTE DE PAULO</b>  CNPJ 21.320.064/0001-40  AV. 3, N.º 196 – CENTRO – ITUIUTABA MG - CEP: 38300-160  FONE: 34 – 3271-7200 - E-MAIL: <a href="mailto:hsj.ssvp@gmail.com">hsj.ssvp@gmail.com</a>  Site: <a href="http://www.hospitalsaojose.org.br">www.hospitalsaojose.org.br</a></p>	
--	---	--

( Papel Timbrado da Empresa participante )

**ANEXO II  
DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS**

**Ref. Cotação Prévia nº 0206-2023**

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 **0206-2023**, 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)

