

## COTAÇÃO PRÉVIA DE PREÇOS Nº 012835341-2018

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 **835341/2016**, 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 do Decreto Presidencial nº. 6.170/2007, Portaria Interministerial nº. 507/2011 e ainda sujeita às cláusulas e condições do Termo de Convênio nº. **835341/2016** e no que couber, à Lei Federal nº.8.666/93.

### 1. OBJETIVO

Aquisição de Equipamento/ Material Permanente 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. **835341/2016**, 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. A proposta e documentação deverão ser enviadas por e-mail a partir do dia **15/08/2018 até o dia 21/08/2018** 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 em caso de representante registrada em cartório, 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,



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	<b>Foco Cirúrgico de Teto LED</b>	<b>01</b>
	Valor Unitário Aprovado pelo Ministério da Saúde	<b>R\$ 66.000,00</b>
	Valor total	<b>R\$ 66.000,00</b>

**Especificação Técnica do Item**

Foco cirúrgico de teto com duas cúpulas e com lâmpadas LED branco e controle eletrônico de intensidade que atenda as especificações: Fixação ao teto através de haste central única e devem possuir braços articulados independentes para cada cúpula, que permita os movimentos de torção, flexão e rotação em torno da haste central; Pelo menos uma das cúpulas deverá ser provida de sistema que permita que a mesma fique a altura de 1 metro a partir do piso (altura da mesa cirúrgica) com o foco perpendicular à mesma (iluminação de cavidades); Para sustentação das cúpulas não deve ser empregado sistema de contrapesos, mas sim, sistema de freio adequado que permita que a cúpula fique estável na posição em que foi colocada; Sistema de suspensão leve, facilitando o movimento e fornecendo rápida estabilidade; Cada cúpula deverá ser dotada com sistema de iluminação por luz branca fria LED, fornecendo luz corrigida de cor próxima ao branco natural; Emprego de sistema de redução de sombra; Filtragem eficiente de raios infravermelhos e redução de radiação ultravioleta; O índice de reprodução de cores deve ser de 90 ou maior e temperatura de cor de 4200 K ou maior; A intensidade luminosa de cada cúpula deverá ser no mínimo de 100.000 Lux, medidos a 1 (um) metro de distância. A iluminação do campo deve ser perfeita e isenta de sombras; Cada cúpula deve possuir sistema eletrônico de controle da intensidade luminosa disposto no próprio braço da cúpula com a utilização de teclado tipo membrana de fácil higienização e via manopla existente no centro da cúpula; Proteção do sistema eletrônico com fusível, substituível; Manopla de focalização facilmente retirável sem a utilização de ferramentas e autoclavável, permitindo ajuste pelo cirurgião durante o procedimento e através de painel eletrônico; Diâmetro de campo focal de mínimo 200 mm, para cada uma das cúpulas; As cúpulas devem ser providas de sistema de dissipação de calor voltada para fora do campo cirúrgico, impedindo aumento de temperatura sobre o cirurgião e paciente; Vida útil do sistema de iluminação LED de mínimo 30.000 horas . Registro na ANVISA.

Item	Nome do Item	Quantidade
2	<b>Monitor Multiparâmetros</b>	<b>02</b>
	Valor Unitário Aprovado pelo Ministério da Saúde	<b>R\$ 20.000,00</b>
	Valor total	<b>R\$ 40.000,00</b>

**Especificação Técnica do Item**

Monitor multiparametro 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 dos seguintes parâmetros: Pressão Invasiva, Capnografia, Eletroencefalograma (EEG), índice Bispectral (BIS) e Transmissão Neuro-muscular (TNM/NMT). Tais parâmetros devem estar disponíveis no mercado brasileiro para aquisição. 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 apneia 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.

Todos os recursos solicitados acima devem ser comprovados em Manual cadastrado na ANVISA. Apresentar número do registro em proposta.

Acessórios REUTILIZÁVEIS que devem acompanhar cada unidade de monitor:

ECG/RESPIRAÇÃO: 1 cabo de ECG 3 vias; SPO2: 1 sensor de Dedo para paciente adulto,

PNI: 1 mangueira de pressão não invasiva para uso adulto, 1 manguitos/braçadeiras para paciente adulto, 1 Cabo de força e 1 suporte de parede.

Garantia do produto deve ser de no mínimo 12 meses.

Item	Nome do Item	Quantidade
3	<b>Mesa Cirúrgica Elétrica</b>	<b>01</b>
	Valor Unitário Aprovado pelo Ministério da Saúde	RS 51.000,00
	Valor total	RS 51.000,00

**Especificação Técnica do Item**



Mesa cirúrgica elétrica para ginecologia, radiotransparente, para procedimentos de alta complexidade. Características técnicas mínimas: Tipo de acionamento deverá ser elétrico por controle remoto para os seguintes movimentos: Regulagem de altura, Trendelemburg, reverso do Trendelemburg e lateralidade . Movimento longitudinal manual ou elétrico.; Além desses, deve permitir as seguintes posições: Renal; Semiflexão de perna e coxa; Flexão abdominal; Semissentado. Movimentos da mesa: Altura ajustável; Trendelemburg; Reverso do Trendelemburg; Lateral esquerda e direita; Movimento longitudinal do tampo para ambos os lados. Capacidade de peso: pacientes até 220 Kg, no mínimo; Material: Mesa: Tampo Radiotransparente, permitindo utilização do intensificador de imagem; Coluna e Base: devem ser constituídas de aço inoxidável; Base: deve ser provida de sistema de movimentação e fixação; Colchonete: Deve ser revestido de material impermeável e sem costuras, Deve permitir a fácil limpeza e desinfecção. Acessórios Mínimos: 01 arco de narcose; 01 suporte para renal; 01 par de suportes de braço; 01 par de porta-coxa; 01 par de suportes laterais; 01 par de ombreiras; 01 jogo de colchonete impermeável e sem costura; 01 bandeja porta cassete; 01 gaveta ginecológica, cabo de alimentação padrão ABNT. Bateria interna recarregável; Alimentação elétrica a ser definida pelo hospital.

Garantia do produto deve ser de no mínimo 12 meses.

Item	Nome do Item	Quantidade
4	<b>Incubadora de Transporte Neonatal</b>	<b>01</b>
	<b>Valor Unitário Aprovado pelo Ministério da Saúde</b>	<b>R\$ 28.500,00</b>
	<b>Valor total</b>	<b>R\$ 28.500,00</b>

#### Especificação Técnica do Item

Equipamento utilizado para proporcionar suporte à vida, durante o transporte de recém-nascidos em ambiente adequado de umidade, temperatura e oxigenação. Possuir cúpula construída em acrílico transparente, com paredes duplas em toda sua superfície para proteção do paciente contra perda de calor; Base em material plástico de engenharia; Possuir alças para transporte; Possuir dois suportes para cilindros de gases medicinais com rápida retirada e reinstalação manual para recarga; Portas de acesso frontal e lateral ambas com parede dupla; Possuir pelo menos 2 portinholas com manga punho e guarnições autoclaváveis em silicone atóxico e 1 portinhola tipo íris para passagem de tubos e drenos; Para-choque que protege todo o perímetro da incubadora; Deve possuir leito removível em material plástico antialérgico com dimensões que permitam adequada ergonomia com pelo menos 2 cintos de segurança em material macio e resistente, de fácil ajuste; Possuir colchão removível, impermeável e de material atóxico e auto-extinguível com espuma com densidade adequada, sem costura, prensada e capa removível; Deve possuir sistema de circulação do ar para uniformização interna da temperatura; Deve permitir a fácil limpeza e desinfecção interna da incubadora; Todas as superfícies metálicas deverão possuir acabamento resistente e proteção contra oxidação; Entrada de oxigênio com diferentes concentrações; Acoplada a suporte com altura ajustável, com rodízios e freios; Deve possuir sistema de fixação por travas de segurança; Painel de controle de fácil higienização, com teclas de simples ao toque; Deve proporcionar a monitorização térmica do ambiente do paciente; Deve possuir controle microprocessado de temperatura de ar do ambiente interno da incubadora e controle de temperatura do neonato mediante um sensor de temperatura de pele; Deve possuir sistema de umidificação do ar através de espuma sob o leito; Deve possuir iluminação auxiliar com haste flexível para ajuste do foco; Deve possuir filtro de retenção bacteriológico; Deve possuir alarmes audiovisuais para pelo menos: falta de energia elétrica e falta de energia da bateria, bateria em carregamento, falta de circulação de ar, alta/baixa temperatura do ar, sensor do RN desconectado, Hipotermia/hipertermia, indicação do modo de alimentação, indicação das temperaturas do ar; Deve possuir indicação visual do status ligado/desligado do aparelho; Deve possuir duas baterias recarregáveis de 12 V com autonomia de pelo menos 4 horas;



Carregador automático do tipo flutuante incorporado; Cabo de alimentação 12 V com adaptador para acendedor de cigarros do veículo de transporte; Acompanhar o equipamento, no mínimo: carro de transporte tipo maca, com altura ajustável, com estrutura em material leve, não-ferroso e resistente à choques mecânicos, acoplável à ambulância, 2 cilindros em alumínio tipo D ou E para oxigênio ou ar comprimido com válvula redutora e manômetro, Suporte de soro com altura ajustável, prateleira para colocação de periféricos; cabos de ligação, tubo de oxigênio com regulador e fluxômetro, colchonete confeccionado em material atóxico e demais componentes necessários a instalação e funcionamento do equipamento.

Garantia do produto deve ser de no mínimo 12 meses.

**Valor total da Cotação : R\$ 185.500,00**

Os equipamentos objeto desta cotação devem ser novos. Em hipótese alguma será aceito equipamentos usados ou recondicionados.

## 5 DA GARANTIA

5.1. O período de garantia total para os equipamentos 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 do Aceite Técnico do Equipamento.

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 no máximo 675 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 realiza-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, necessários para avaliar a adequação das instalações da instituição para recebimento e funcionamento dos mesmos.

9.2 A instalação dos equipamentos deve 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.

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 contratada fará a entrega do equipamento em até **60** dias da assinatura do instrumento contratual no endereço da contratada.

11.2. 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.**

## 12 DO INSTRUMENTO CONTRATUAL

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

## 13 DO PAGAMENTO

13.1 O pagamento será efetuado por meio de crédito em conta corrente informada pelo contratado, mediante a apresentação da nota fiscal em até 10 (dez) dias úteis contados do Aceite Técnico.

13.2 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.

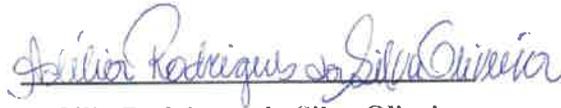
14.3 A participação no processo de seleção importa na aceitação integral e irrevogável das normas contidas neste documento.

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, 13 de Agosto de 2018.



**Adélia Rodrigues da Silva Oliveira**

**Presidente da Comissão de Cotação Prévia**

**Hospital São José da Sociedade de São Vicente de Paulo**



---

ANEXO I

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE EMPREGADO MENOR**

**Ref. Cotação Prévia nº 012835341-2018**

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 012835341-2018**

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 0108149282014-2018, 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)

( Papel Timbrado da Empresa participante )



---

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)