

---

**COTAÇÃO PRÉVIA DE PREÇOS Nº 037835341-2020**

---

**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 **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 **15/04/2020 até o dia 22/04/2020** 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 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; -

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>Monitor Multiparâmetros</b>	<b>02</b>
	<b>Valor Unitário Aprovado pelo Ministério da Saúde</b>	<b>R\$ 16.495,00</b>
	<b>Valor total</b>	<b>R\$ 32.990,00</b>

O monitor multiparâmetro para uso na monitorização de Eletrocardiograma (ECG), Respiração (Resp), 2 canais de Temperatura, Pressão Não Invasiva (PNI), Oximetria (SPO2) e 02 canais de Pressão Invasiva (IBP). O monitor multiparâmetro pode ser configurado pela equipe médica responsável pela intervenção.

Monitor para pacientes adulto, pediátrico e neonatal. Tela de LCD colorida de alta resolução de no mínimo 1280x780 pixels e sensível ao toque (touch screen), com tamanho de 12 polegadas(mínimo); Peso máximo 8kg; Grau de proteção no mínimo IPX1;

Monitoração simultânea dos seguintes parâmetros fisiológicos: ECG, Oximetria (SpO2), Pressão Arterial Não Invasiva (PNI), dois canais de Temperatura, Respiração e 2 canais de Pressão Invasiva; Possibilidade de conexão com central de monitorização ou Telemetria;

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 (04) quatro módulos intercambiáveis, sem necessidade de atualização de software;

Possibilidade para expansão modular futura pelo próprio usuário, com a Capnografia, parâmetros Bis® e Analisador de Gases.

**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 apnéia com tempo programável.

### **Oximetria de pulso**

1. Apresenta curva pletismográfica com o respectivo valor numérico;
2. Faixa de leitura de 0 a 100%;
3. Medição de pulso mínima: 30 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 duas temperaturas;
2. Margem de mensuração mínima de 0 a 45oC;
3. Alarmes de mínimo e máximo.
4. Utilizar transdutor superficial ou de cavidades reutilizável ou descartável;

### **Pressão Invasiva**

1. Capaz de mensurar no mínimo 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).
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 180 minutos
- Possuir registro na Anvisa para o equipamento e fabricante ;  
O equipamento deve estar em conformidade com as normas vigentes;  
Software em português.  
Garantia : 12 meses.

### **CADA EQUIPAMENTO DEVE ACOMPANHAR OS SEGUINTE ACESSÓRIOS :**

- 01 (um) cabo de força;
- 02 (dois) cabos de ECG de 5 vias;
- 02 (dois) sensores de oximetria adulto;
- 01 (um) sensor reutilizável de oximetria neonatal;
- 02 (dois) manguitos para PNI, adulto;



01 (um) tubo extensor para PANI;		
02(dois) sensores de temperatura tipo pele;		
01(uma) Bateria recarregável;		
01 (um) Suporte de Parede;		
01(um) Manual operador		
Item	Nome do Item	Quantidade
2	Mesa Auxiliar em aço inox	03
	Valor Unitário Aprovado pelo Ministério da Saúde	R\$ 840,00
	Valor total	R\$ 2.520,00
Material:Mesa com tampo e prateleira em chapa de aço inox, estrutura em tubos de aço inox, dimensões mínimas : 0,50 Largura, 1,00 Comprimento, 0,80 Altura. Pés com rodízios .		
Item	Nome do Item	Quantidade
3	Mesa Auxiliar em aço inox	06
	Valor Unitário Aprovado pelo Ministério da Saúde	R\$ 600,00
	Valor total	R\$ 3.600,00
Material:Mesa com tampo e prateleira em chapa de aço inox, estrutura em tubos de aço inox, dimensões mínimas : 0,40 Largura, 0,60 Comprimento, 0,80 Altura. Pés com rodízios .		
Item	Nome do Item	Quantidade
4	Banqueta em Aço Inox Giratória	06
	Valor Unitário Aprovado pelo Ministério da Saúde	R\$ 540,00
	Valor total	R\$ 3.240,00
Banqueta com assento giratório, regulagem de Altura,estrutura toda em aço inox, pés com rodízios		
<b>Valor total da Cotação : R\$ 42.350,00</b>		

Os equipamentos 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 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** .

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 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 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 todas as exigências contidas no Edital da cotação prévia;
- b) Apresentem descontos excessivos ou manifestamente inexequíveis.



---

**c) Não encaminharemos 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. 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 de recebimento e instalação dos equipamentos .

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 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, 13 de Abril 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 037835341-2020**

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 037835341-2020**

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 **037835341-2020**, 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)



