



FUNDAÇÃO MÉDICO ASSISTENCIAL DO TRABALHADOR RURAL DE ITARANA
CNPJ 31.475.478./0001-00

COTAÇÃO DE PREÇO - PROCESSO Nº: 85668397
3º TERMO ADITIVO AO TERMO DE FOMENTO Nº: 9035/2019

A Fundação Médico Assistencial do Trabalhador Rural de Itarana, situada na Rua Paschoal Marquez, nº 300, Centro, Itarana, ES CEP 29620-000, tel. (27) 37201759, e-mail: fmatrihospital@hotmail.com, site: <https://www.hsb.org.br> solicita a cotação prévia de preço, conforme o plano do trabalho do Termo de Fomento nº 9035/2019 celebrado entre o Estado do Espírito Santo por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde e a Fundação Médico Assistencial do Trabalhador Rural de Itarana. **Ganhará a empresa que cotar o menor preço de acordo com Plano de Trabalho Anexo I.** Essa cotação será para aquisição de materiais e medicamentos hospitalares.

Prazo para apresentação das propostas:

As empresas interessadas em participar do processo de cotação deverão enviar sua proposta de acordo com as instruções contidas no presente documento para o e-mail fmatrihospital@hotmail.com, até o dia 05/05/2021. Qualquer dúvida ligar para o telefone (27) 37201759.

Instruções e Condições Gerais:

A proposta deverá ser elaborada em papel timbrado da empresa, contendo necessariamente as seguintes informações:

- Razão Social e Nome Fantasia
- Endereço Completo
- Carimbo com o CNPJ
- Nome do representante legal
- Proposta comercial contendo preço unitário.
- Assinatura do representante legal da empresa
- Declaração (modelo ANEXO II). Nos preços propostos deverão estar inclusas todas as despesas concernentes ao fornecimento dos materiais médico-hospitalares e os medicamentos, tais como: os custos de execução, dentre eles, contribuições e obrigações sociais, trabalhistas e previdenciárias, administrativos, comerciais, impostos, taxas, seguros, transportes, embalagens, bem como todos os outros custos relacionados aos demais serviços de apoio, os quais não acrescentarão ônus à FMATRI;

INSTRUÇÕES E CONDIÇÕES GERAIS PARA EMPRESA GANHADORA:

Para participar, a empresa deverá estar em dia com suas obrigações fiscais e trabalhistas, anexando as certidões que comprovem tal situação:



FUNDAÇÃO MÉDICO ASSISTENCIAL DO TRABALHADOR RURAL DE ITARANA
CNPJ 31.475.478./0001-00

- 1- Certificado de Regularidade do FGTS;
- 2- Prova de regularidade para com a Receita Federal por meio de Certidão Unificada, nos termos da Portaria MF nº 358/14 (tributos federais, contribuições previdenciárias e dívida ativa da União);
- 3- Certidão Negativa de Débitos para com a Fazenda Pública Estadual, da sede do proponente;
- 4- Certidão Negativa de Débitos para com a Fazenda Pública Municipal, da sede do proponente;
- 5- Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas - CNDT - Lei Federal nº 12.440/11.
- 6- Serão aceitas Certidões de Regularidade Fiscal positivas com efeitos de negativa.
- 7- **Certidão Negativa de Natureza de Recuperação Judicial e Extrajudicial (Falência ou Concordata), expedida pelo(s) distribuidor(es) da sede da pessoa jurídica** (domicílio da proponente), e quando se tratar de Sociedade Simples apresentar Certidão Negativa dos Distribuidores Cíveis, com data não superior a 60 (sessenta) dias de sua emissão, quando não for expressa sua validade;

7.1 a empresa que se encontra em recuperação judicial deverá apresentar certidão emitida pela instância judicial competente
- 8 - Declaração (ANEXO III) devidamente assinada e carimbada;
- 09 **Alvarás Sanitários** (ou Licença Sanitária/Licença de Funcionamento/autorização de funcionamento) do proponente, expedido pela **Vigilância Sanitária Estadual ou Municipal**, tal como exigido pela Lei Federal nº. 6.360/76 (art. 2º), Decreto Federal nº. 79.094/77 (art. 2º) e Portaria Federal nº. 2.814 de 29/05/98;
- 10- **Autorização de Funcionamento** da proponente, expedida pela **ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, conforme exigido pela Lei Federal nº. 6.360/76 (art. 2º), Decreto Federal nº. 79.094/77 (art. 2º), Lei Federal nº. 9.782/99 (art. 7º, inciso VII) e Portaria Federal nº 2.814/98;



FUNDAÇÃO MÉDICO ASSISTENCIAL DO TRABALHADOR RURAL DE ITARANA
CNPJ 31.475.478./0001-00

11- Os medicamentos e materiais descartáveis fornecidos deverão ter validade de no mínimo **12 (doze)** meses a contar da data da entrega;

DOS PRAZOS, DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E DO LOCAL DE ENTREGA DO OBJETO DA COTAÇÃO

1. O objeto da cotação será de entrega imediata e integral, ou seja, deverá ocorrer em até **15 (quinze) dias corridos a partir do recebimento da Ordem de Fornecimento** emitida pelo Presidente da FMATRI para entrega de **todos** os medicamentos e materiais.
2. O local de entrega dos materiais e medicamentos é a sede da FMATRI localizada na Rua Paschoal Marquez, nº 300, Centro, Itarana/ES, CEP: 29.620-000, de **segunda a sexta-feira no horário das 14:00h às 17h.**
3. A FMATRI realizará o pagamento por meio de ordem bancária, creditada na conta corrente do proponente contratado, no prazo de 10 (dez) dias úteis, contado do recebimento definitivo do objeto e da apresentação do documento fiscal correspondente.
4. O recebimento será provisório para efeito de posterior verificação da conformidade dos materiais com a especificação e ocorrerá definitivamente somente após o parecer dos representantes da FMATRI, atestando a fidelidade entre os objetos fornecidos, especialmente, no que tange a quantidade, unidade, especificação, preço e validade, e sua conformidade com o documento fiscal apresentado além dos critérios abaixo alinhados
 - a. Em caso de algum tipo de irregularidade verificada, o material será devolvido, ficando a retirada do material e o custo do transporte por conta do proponente, sem prejuízo das providências legais cabíveis;
 - b) Caso insatisfatórias as verificações acima, lavrar-se-á um Termo de Recusa, no qual se consignarão as desconformidades com as especificações. Nesta hipótese, o produto em questão, será rejeitado, devendo ser substituído e reapresentado, quando se realizarão novamente as verificações;
 - c) Caso a substituição não ocorra no prazo estipulado ou o novo produto também seja rejeitado, estará o proponente incorrendo em atraso na entrega, sujeito à aplicação de sanções;
 - d) Os custos da substituição do produto rejeitado correrão exclusivamente à conta do proponente;



FUNDAÇÃO MÉDICO ASSISTENCIAL DO TRABALHADOR RURAL DE ITARANA
CNPJ 31.475.478./0001-00

e) A simples assinatura de funcionário da FMATRI em canhoto de fatura ou conhecimento de transporte implica apenas recebimento provisório.

A nota fiscal deverá conter o mesmo CNPJ e razão social apresentados nos documentos de habilitação bem como a seguinte identificação: **3º ADITIVO AO TERMO DE FOMENTO Nº: 9.035/2019 - PROCESSO Nº: 85668397.**

Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura ou dos documentos pertinentes ao fornecimento, ou, ainda, circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará pendente até que o proponente providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a FMATRI.

O descumprimento, pela empresa COMPROMISSÁRIA, não lhe gera direito a alteração de preços ou compensação financeira.

A FMATRI não se responsabilizará por qualquer despesa que venha a ser efetuada pelo proponente, que porventura não tenha sido verificada na cotação.

A FMATRI poderá deduzir do pagamento importâncias que a qualquer título lhe forem devidas pelo proponente, em decorrência de descumprimento de suas obrigações (multas, ressarcimentos ou indenizações).

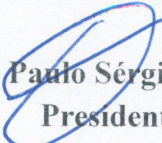
Para efeitos de recebimento definitivo do objeto o proponente deverá apresentar nota fiscal/fatura do fornecimento, em uma única via, emitida sem emendas, rasuras ou qualquer outra circunstância que dificulte seu entendimento, e entregue na sala da administração da FMATRI, com a finalidade de subsidiar a liquidação e o pagamento.

Qualquer alteração feita no contrato social, ato constitutivo ou estatuto que modifique as informações registradas nesta Cotação, deverá ser comunicada a FMATRI, mediante documentação própria, para apreciação do seu Presidente.

A FMATRI não se responsabilizará por qualquer despesa que venha a ser efetuada pelo proponente.

Itarana ES., 30 de abril de 2021

CNPJ 31 475 478/0001-00
FMATRI Fundação Médico
Assistencial do Trabalhador
Rural de Itarana ES


Paulo Sérgio Martinelli Milli
Presidente da Fundação



FUNDAÇÃO MÉDICO ASSISTENCIAL DO TRABALHADOR RURAL DE ITARANA
CNPJ 31.475.478./0001-00

ANEXO I

FMATRI COTAÇÃO PRÉVIA DE PREÇO

TABELA DETALHADA DE DESCRIÇÃO DO OBJETO

Tabela detalhada de descrição do objeto em consonância com o 3º Termo Aditivo ao Termo de Fomento nº9035/2019, firmado entre a FMATRI e o Governo do Estado do Espírito Santo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde- SESA, PROCESSO Nº85668397.

META	ITEM	DISCRIMINAÇÃO	UND	QTDE	PREÇOS	
					UNITÁRIO	TOTAL
1	1.54	Seringa 5mL s/ag	UND	2	0,33	0,66
	1.55	Seringa 10mL s/ag	UND	1.386	0,51	706,86
	1.56	Seringa 20mL s/ag	UND	2	0,81	1,62
	1.57	Glicose 5% 500ml sist.. fechado	UND	210	4,88	1.024,80
	1.58	Soro fis 0,9% 100 ml sist.. fechado	UND	400	3,00	1.200,00
	1.59	Soro fis 0,9% 250 ml sist.. fechado	UND	336	3,38	1.135,68
	1.60	Soro fis 0,9% 500 ml sist.. fechado	UND	900	4,17	3.753,00
TOTAL						7.822,62



FUNDAÇÃO MÉDICO ASSISTENCIAL DO TRABALHADOR RURAL DE ITARANA
CNPJ 31.475.478./0001-00

ANEXO II
MODELO DE PROPOSTA

(utilizar, se possível, papel timbrado da empresa proponente)

À
COMISSÃO DE COTAÇÃO
FMATRI
COTAÇÃO PRÉVIA DE PREÇOS

CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA COMERCIAL

Prezados Senhores,

Apresentamos a Vossas Senhorias, em anexo, nossa proposta para **fornecimento de materiais médico-hospitalar e medicamentos**, pelo valor de **R\$ _____** (**valor por extenso**), já incluídas todas as despesas concernentes ao fornecimento, tais como os custos de execução, dentre eles, contribuições e obrigações sociais, trabalhistas e previdenciárias, administrativos, comerciais, impostos, taxas, seguros, transportes, embalagens, bem como todos os outros custos relacionados aos demais serviços de apoio, os quais não acrescentarão ônus à FMATRI.

O prazo de validade de nossa proposta é de **15 (quinze dias) corridos**, contados da data de sua apresentação.

Declaramos que estamos de pleno acordo com todas as condições estabelecidas na cotação e seus Anexos, bem como aceitamos todas as obrigações especificadas.

Caso nos seja devidamente homologado e adjudicado o objeto da Cotação, comprometemo-nos a executar o serviço no prazo e condições estabelecidas neste ato convocatório.

Nome do Município /UF, ____ de _____ de _____.

Identificação (Razão social do proponente)
e assinatura do Responsável



FUNDAÇÃO MÉDICO ASSISTENCIAL DO TRABALHADOR RURAL DE ITARANA
CNPJ 31.475.478./0001-00

ANEXO III

(utilizar, se possível, papel timbrado da empresa proponente)

**À
COMISSÃO DE COTAÇÃO
FMATRI
COTAÇÃO PRÉVIA DE PREÇOS**

DECLARAÇÃO DA PROPOSTA DE PREÇOS

DECLARAÇÕES

1. Declaramos que observaremos integralmente as normas existentes e aplicáveis quanto à comercialização de medicamentos;
2. Declaramos concordar com o prazo de 15 (quinze) dias corridos a partir da Ordem de Fornecimento emitida pelo Presidente da FMATRI para a entrega dos objetos;
3. Declaramos que os medicamentos a serem entregues deverão apresentar na embalagem a data de fabricação, data de vencimento, registro na ANVISA e selo de controle de qualidade além de serem embalados e transportados adequadamente de forma a assegurar a sua qualidade;
4. Declaramos que os objetos cotados estão registrados no Ministério da Saúde ou aqueles que sejam isentos desse registro faremos a devida comprovação por ocasião da entrega. Que a FMATRI poderá consultar junto ao Ministério da Saúde a veracidade dos dados;
5. Declaramos que os objetos fornecidos terão validade de no mínimo 12 (doze) meses a contar da data da entrega;
6. Declaramos ter ciência de que nossa empresa fica obrigada a trocar às suas expensas, imediatamente, o medicamento que vier a ser recusado por apresentar defeito, fora do prazo de validade ou for entregue em desacordo com o apresentado na proposta e fora dos padrões da ANVISA;
7. Declaramos que a nossa empresa garantirá a qualidade dos medicamentos pelo prazo estabelecido pelo fabricante;

Nome do Município /UF, ____ de ____ de ____.

Identificação (Razão social do proponente)
e assinatura do Responsável