



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR
Hospital São João Batista
RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ
CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260
Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

TOMADA DE PREÇOS N.º 13/2012

PROCESSO ADMINISTRATIVO N.º 1001/2012

A **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO** do Serviço Autônomo Hospitalar, faz público, para conhecimento dos interessados, que realizará licitação do **TIPO MENOR PREÇO POR ITEM**, e receberá os envelopes contendo documentação e propostas até às **10:00 HORAS DO DIA 14 DE JUNHO DE 2012** e dará início à licitação, abrindo os envelopes contendo a documentação às **10:00 HORAS DO MESMO DIA**, na **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**, localizada na Rua Nossa Senhora das Graças, nº 235 Bairro São Geraldo - Volta Redonda - RJ., CEP 27.253-610, Tel./Fax (24) 3339-4246, objetivando a aquisição de **DIETA ENTERAL**, conforme discriminação constante na **PROPOSTA DETALHE (ANEXO I)** deste Edital, sendo que a presente licitação será regida pelas normas da Lei Federal 8.666, de 21 de Junho de 1993, e suas alterações posteriores, bem como pelas disposições contidas neste Edital.

1 - DO OBJETO

1.1. Esta licitação tem por objetivo a obtenção de propostas mais vantajosas para aquisição de **DIETA ENTERAL**, conforme especificações contidas no **ANEXO I**, que faz parte integrante e complementar deste Edital.

2 - DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAR DA LICITAÇÃO:

2.1. Poderão participar desta licitação as empresas inscritas no **Cadastro de Fornecedores da Comissão Permanente de Licitação do Serviço Autônomo Hospitalar**, da **Coordenadoria Geral de Licitação da Prefeitura Municipal de Volta Redonda**, ou da **Comissão Permanente de Licitação do Fundo Municipal de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde/PMVR**, na categoria específica do objeto deste Edital.

2.2. As empresas que desejarem participar do certame através de Procurador deverão apresentar, no início da licitação, **PROCURAÇÃO** com poderes específicos, ou **CARTA DE CREDENCIAMENTO**, conforme modelo a ser fornecido pela **Comissão Permanente de Licitação do Serviço Autônomo Hospitalar (ANEXO II)**, devendo ambas serem apresentadas com firma reconhecida, e acompanhadas de cópia do ato constitutivo, estatuto ou contrato social, em vigor.

2.2.1. Caso a representação na licitação se faça através de diretor ou sócio da empresa, devidamente comprovado, fica dispensado a apresentação do documento referido no item 2.2 desta Tomada de Preços.

3 - DA HABILITAÇÃO - ENVELOPE "A" (DOCUMENTAÇÃO)

3.1. Para habilitarem-se na presente licitação, as empresas deverão apresentar os seguintes documentos:



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

3.1.1. Certificado de Registro no Cadastro de Fornecedores da Comissão Permanente de Licitação do Serviço Autônomo Hospitalar, da Coordenadoria Geral de Licitação da Prefeitura Municipal de Volta Redonda, ou da Comissão Permanente de Licitação do Fundo Municipal de Saúde, em validade, na categoria específica;

3.1.2. Certidão Negativa de Débito (CND), emitida pelo INSS-MPS, Instituto Nacional de Seguridade Social, em validade. Deverá estar de acordo com o artigo 47, inciso II, alínea "c", da Lei 8.212 de 24/07/91 e suas alterações. A CND deverá ser apresentada de acordo com a Ordem de Serviço nº 52 (cinquenta e dois) do INSS de 22/10/92 e suas respectivas alterações e conforme o disposto no inciso IV, do artigo 29, da Lei 8.666/93 e suas alterações;

3.1.3. Prova de regularidade com o FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO (FGTS), em validade, demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei. ;

3.1.4. Certidão Negativa de Débito com a Fazenda Municipal, em validade, relativa a sede da licitante;

3.1.5. Certidão Negativa de Débito com a Fazenda Estadual, em validade, relativa a sede da licitante;

3.1.6. Certidão Negativa de Débito de Tributos e Contribuições Federais emitida pela Secretaria de Receita Federal, em validade;

3.1.7. Certidão Negativa quanto a Dívida Ativa da União emitida pela Procuradoria Geral da Fazenda Nacional, em validade;

3.1.8. Declaração do cumprimento do disposto no inciso XXXIII do art.7.º da Constituição Federal, conforme modelo constante do Anexo III;

3.1.9. Declaração da não existência de fatos supervenientes que impeçam a habilitação da empresa, conforme modelo constante do Anexo IV;

3.1.10. Comprovante de inscrição cadastro nacional de pessoa jurídica CNPJ.

3.1.11. Ato Constitutivo, estatuto ou contrato social e ultima alteração em vigor, devidamente registrado em se tratando de sociedades comerciais, e no caso de sociedade de ações, acompanhadas de documentos de eleição de seus administradores.



3.1.12. Certidão Negativa de Falência e Concordata, expedida pelo cartório distribuidor da comarca da sede da pessoa jurídica ou de execução de pessoa física, a no máximo 90 (noventa) dias da data prevista para entrega dos envelopes, de acordo com o Inciso II do art. 31 da Lei Federal n. 8.66/93.

3.1.13. Licença Sanitária da empresa licitante, perante o órgão sanitário Estadual ou Municipal, para exercer a atividade desenvolvida pela empresa: produção, importação, armazenamento distribuição ou comercialização, não sendo aceito a apresentação de protocolos;

3.1.14. Certificado de Registro do Produto ou de sua publicação no Diário Oficial da União.

3.1.15. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas. (C.N.D.T.)

3.2. Os documentos necessários à **HABILITAÇÃO**, poderão ser apresentados em original ou por qualquer processo de cópia, autenticada por tabelião de notas ou por servidores da unidade que realiza a licitação;

3.3. Os documentos deverão ser entregues separadamente da proposta, em envelope fechado, no qual conste externamente, além da palavra **DOCUMENTAÇÃO**, nome e endereço da empresa licitante e menção ao número desta Tomada de Preços;

3.4. Toda a documentação apresentada pelas empresas candidatas à **HABILITAÇÃO**, será anexada ao processo de licitação, mesmo daquelas empresas que não forem consideradas habilitadas e será rubricada pelos membros da **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO** e pelos licitantes presentes.

4 - DA PROPOSTA - ENVELOPE "B"

4.1. A proposta deverá ser apresentada em envelope fechado no qual conste externamente além da palavra **PROPOSTA**, o nome e endereço da empresa licitante, bem como o número da presente Tomada de Preços;

4.2. Constar de forma clara e inequívoca a especificação detalhada de cada item do(s) material(ais) ofertado(s), indicando a **MARCA** e o competente **NÚMERO DE REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE**, obedecendo a numeração dos itens expressos no ANEXO I do presente edital e contendo apenas uma cotação para cada item;

4.3. A proposta deverá ser datilografada ou digitada, preferencialmente, em papel timbrado da empresa, não podendo apresentar emendas, rasuras ou entrelinhas e será rubricada em todas as folhas, datada e assinada por quem de direito, e conter:

4.3.1. Nome e endereço da empresa licitante;



4.3.2. Número desta Tomada de Preços;

4.3.3. Declaração da empresa de manter a proposta apresentada pelo prazo decadencial de 60 (sessenta) dias, nos moldes do artigo 64 parágrafo 3º da Lei nº 8.666/93 e suas alterações;

4.3.4. PROPOSTA DETALHE discriminando detalhadamente o(s) material(ais) oferecido(s), que deverá(ão) estar de acordo com a(s) especificação(ões) do **ANEXO I** deste Edital, a quantidade, a unidade, a **MARCA** e o competente **NÚMERO DE REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE**, os preços unitários e totais em algarismo, já incluídos os impostos, taxas, embalagens e fretes, e preço global em algarismo e por extenso, prevalecendo este último em casos de divergência;

4.3.5. Declaração de que aceita entregar o(s) medicamento(s) no Almoxarifado do Hospital São João Batista, situado no endereço constante do preâmbulo;

4.3.6. Os Medicamentos deverão ser entregues de acordo com a solicitação da Coordenação de Suprimentos/Farmácia;

4.3.7. Condições de Pagamento: 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega do(s) medicamento(s);

4.3.8. Conter prazo de garantia, conforme o fabricante, que deverá ser contado a partir da entrega do(s) medicamento(s), em sendo o caso;

4.3.9. O número do Fax ou assemelhado de comunicação rápida, bem como o nome do responsável da Empresa que deverá ser contatado, objetivando agilizar os procedimentos entre o Serviço Autônomo Hospitalar e a empresa;

4.3.10. Indicação da agência, do número da conta e do nome da instituição bancária, bem como o número do CNPJ/MF e da inscrição estadual do proponente;

4.4. Não serão aceitas propostas com as seguintes condições: materiais sujeitos à confirmação de estoque ou quaisquer outras condicionantes desta natureza;

4.5. A inobservância de qualquer um dos itens deste capítulo será motivo de desclassificação total ou parcial da proposta comercial.

5. DO PROCEDIMENTO DA LICITAÇÃO:

5.1. A licitação será processada e julgada com a observância do seguinte procedimento:

5.1.1. Recebimento dos envelopes **“A” (DOCUMENTAÇÃO)** e **“B” (PROPOSTA)** das empresas licitantes;

5.1.2. Abertura dos envelopes **“A” (DOCUMENTAÇÃO)** e sua apreciação;



5.1.3. Devolução dos envelopes “**B**” (**PROPOSTA**), fechados, aos licitantes inabilitados, desde que não tenha havido recurso ou após o seu julgamento;

5.1.3.1. Na hipótese de algum licitante ser considerado inabilitado pela **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**, e decidir interpor recurso dentro do prazo estabelecido no item **5.1.17.**, haverá a suspensão da reunião, ficando os envelopes com as respectivas propostas para serem abertas em outra reunião, em data a ser fixada posteriormente, quando da decisão de todos os recursos pela **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**;

5.1.4. Abertura dos envelopes **PROPOSTA** dos licitantes habilitados, desde que transcorrido o prazo sem interposição de recurso, ou tenha havido desistência expressa ou após o julgamento dos recursos interpostos;

5.1.5. Julgamento, com a classificação das propostas, que será conhecida através de Edital Classificatório;

5.1.5.1. Para o julgamento desta licitação, a **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**, levará em consideração as propostas que apresentarem o **MENOR PREÇO POR ITEM**, desde que esta esteja de acordo com as especificações desta Tomada de Preços.

5.1.5.2. No caso de empate entre duas ou mais propostas, a classificação, observado preliminarmente o estatuído nos incisos I e III do § 2º do artigo 3º da Lei Federal 8.666/93, far-se-á, obrigatoriamente, por sorteio, em ato público para o qual todos os licitantes serão convocados;

5.1.5.3. No caso de discordância entre o preço unitário e total de cada item, prevalecerá o primeiro;

5.1.5.4. A proposta deverá constar o preço unitário e total para cada item, expressos em moeda corrente nacional, em algarismos e por extenso com **02(duas) casas decimais após a vírgula**, nele incluídas todas as despesas com impostos, taxas e frete;

5.1.6. Adjudicação do objeto da licitação ao proponente vencedor do certame, e a respectiva homologação pela Sr. Diretor Geral do Serviço Autônomo Hospitalar, desde que não ocorra uma das hipóteses previstas no subitem 10.1 deste Edital;

5.1.7. A abertura dos envelopes “**DOCUMENTAÇÃO**” e “**PROPOSTA**” será realizada sempre em ato público, previamente designado, do qual se lavrará **ATA** circunstanciada, assinada pelos licitantes presentes e pelos membros da **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**;

5.1.8. Todos os documentos contidos nos envelopes “**DOCUMENTAÇÃO**” e “**PROPOSTA**” serão rubricados pelos membros da **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO** e pelos licitantes presentes e serão anexados ao processo de licitação, mesmo os daquelas empresas que não forem consideradas habilitadas e/ou classificadas;



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

5.1.9. Não se considerará qualquer oferta de vantagem não prevista neste Edital, nem preço ou vantagem baseada nas ofertas dos demais licitantes;

5.1.10. Não serão aceitos envelopes apresentados após a data e hora, fixados no preâmbulo deste Edital;

5.1.11. Não será permitido a uma mesma pessoa representar mais de uma empresa ao mesmo tempo;

5.1.12. Não se admitirá proposta que apresente preços unitários simbólicos, irrisórios ou de valor zero;

5.1.13. Serão desclassificadas as propostas que não atenderem as especificações constantes no ANEXO I e as exigências deste edital, bem como aquelas que apresentarem preços excessivos ou manifestamente inexeqüíveis, comparados ao preço de mercado;

5.1.14. Decairá do direito de impugnar os termos deste Edital aquele que, tendo-o aceito sem objeção, vier após o julgamento desfavorável, a apontar falhas ou irregularidades, hipótese em que tal comunicação não terá efeito de recurso;

5.1.15. A inabilitação do licitante importa na preclusão do seu direito de participar das fases subseqüentes;

5.1.16. É facultada à **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**, em qualquer fase da licitação, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar originariamente da proposta.

5.1.17. Os recursos às decisões da **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO** serão dirigidos ao Diretor Geral do Serviço Autônomo Hospitalar, no prazo de 05 (cinco) dias úteis a contar da intimação do ato ou da lavratura da ATA. A Diretora Geral, no caso da **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO** não reconsiderar sua decisão, julgará os referidos recursos, no prazo de cinco (05) dias úteis, contados da data do seu recebimento. No caso de interposição de recursos a **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO** observará o estatuído no § 3º do art. 109 da Lei Federal 8.666/93.

6. DA CONTRATAÇÃO:

6.1. Fica estipulado o prazo máximo de 02 (dois) dias úteis, à partir do recebimento da notificação do Serviço Autônomo Hospitalar, para que a(s) empresa(s) adjudicatária(s) retire(m) a Nota de Empenho e assine(m) o termo de contrato, sob pena de decair do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas no artigo 81 da Lei Federal nº 8.666/93;



6.2. O prazo de convocação poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, quando solicitado pela parte durante o seu transcurso, e desde que ocorra motivo justificado aceito pela Direção do Serviço Autônomo Hospitalar;

6.3. A Direção do Serviço Autônomo Hospitalar poderá, quando a adjudicatária não retirar a Nota de Empenho e assinar o termo de contrato, no prazo estipulado no subitem **6.1.**, convocar as licitantes remanescentes, na ordem de classificação, para fazê-lo em igual prazo, e nas mesmas condições propostas pelo primeiro classificado, observado neste caso o disposto no § 1º, do artigo 64 da Lei Federal nº 8.666/93;

7 - DAS PENALIDADES

7.1. A(s) empresa(s) contratada(s) deverá(ão) cumprir rigorosamente o prazo proposto para a entrega do(s) medicamento(s). A não observância do prazo importará na aplicação, por parte do Serviço Autônomo Hospitalar, da multa e sanções previstas nos subitens **7.2.** e **7.3.** deste Edital;

7.2. Fica estabelecido o percentual de 0,5% sobre o total da adjudicação, a título de multa moratória, por dia de atraso na entrega do(s) medicamento(s);

7.3. Caso a empresa(s) contratada(s) deixem de cumprir quaisquer das obrigações assumidas, infrinja os preceitos legais ou cometa fraudes, por qualquer meio à presente licitação, ficará sujeita à multa de até 20% (vinte por cento) do total adjudicado, de conformidade com a gravidade da infração, bem como às demais sanções previstas nos incisos I, III e IV do art. 87 da Lei Federal 8.666/93 e suas alterações.

8 - DO PAGAMENTO E REAJUSTAMENTO

8.1. Para efeito de pagamento, a contratada deverá extrair Nota Fiscal/Fatura, correspondente aos materiais entregues ou serviços realizados, de conformidade com o discriminado na proposta e o constante na Nota de Empenho, devendo ser devidamente atestada pela Coordenação de Suprimentos;

8.2. O pagamento será realizado, através de Conta Corrente, dentro do prazo proposto pela adjudicatária da licitação, em consonância com o estipulado neste edital, contado a partir da data do recebimento do material ou serviços;

8.3. Os preços propostos serão fixos e irajustáveis;

8.4.. O pagamento será efetuado em moeda corrente nacional, por meio de ORDEM BANCÁRIA, através do BANCO DO BRASIL, para credito na conta corrente indicada pelo fornecedor, em até 30 dias, após a emissão da nota fiscal/fatura, com a descrição do material/serviço, devidamente atestado por servidores designados, uma vez satisfeitas as condições estabelecidas neste edital e seus anexos.



8.5. É vedada expressamente a realização de cobrança de forma diversa da estipulada neste edital, em especial a cobrança bancária, mediante boleto ou mesmo o protesto de título, sob pena de aplicação das sanções previstas neste instrumento e indenização pelos danos decorrentes.

9 - DAS CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO DO OBJETO DA LICITAÇÃO

9.1. A análise e aprovação do(s) medicamento(s) recebidos serão exercidas pelo órgão usuário, através de representante por ele indicado, devidamente credenciado;

9.2. Fica reservado à fiscalização do Serviço Autônomo Hospitalar, o direito de recusar a entrega de qualquer medicamento(s), caso fique comprovado que não esteja de acordo com as especificações constantes do **ANEXO I**, deste Edital;

9.3. A(s) Empresa(s) contratada(s) ficará(ão) obrigada(s) a trocar as suas expensas, o(s) medicamento(s) que vier(em) a ser recusado(s), sendo que o ato do recebimento (que deverá, quando for o caso, observar as disposições do § 8º do art. 15 e arts. 73 a 76, e, seus parágrafos da Lei Federal 8.666/93) não importará em sua aceitação;

9.4. Independentemente da aceitação do(s) medicamento(s), a(s) empresas contratada(s) garantirá(ão) a qualidade dos mesmos por um prazo de 06(seis) meses, obrigando-se, se for o caso a repor aquele que apresentar defeito neste período.

10 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. A critério da Direção do Serviço Autônomo Hospitalar, a data de realização desta licitação poderá ser transferida. Ao **Serviço Autônomo Hospitalar**, observados os preceitos legais sobre a matéria, fica reservado o direito de aceitar a(s) proposta(s) total ou parcialmente, de rejeitar todas as propostas ou de anular ou revogar a licitação mesmo depois de adjudicado seu objeto, atendendo a seu interesse administrativo, sem que caiba aos licitantes direito de qualquer reclamação ou indenização;

10.2. A **Comissão Permanente de Licitação** poderá, se assim julgar necessário, solicitar aos órgãos técnicos do **Serviço Autônomo Hospitalar e Prefeitura Municipal de Volta Redonda**, parecer especializado de profissional(ais) devidamente qualificado(s), para a análise da especificação e qualidade do(s) medicamento(s) ofertado(s);

10.3. A critério exclusivo da Direção do **Serviço Autônomo Hospitalar**, a quantidade de cada item poderá ser aumentada ou diminuída, obedecido o limite previsto no § 1º, do artigo 65, da Lei 8.666/93, e suas alterações.

10.4. A despesa decorrente desta licitação correrá à conta da dotação orçamentária nº 3390.3002.00, conforme artigo 14 da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações;



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

10.5. A Comissão Permanente de Licitação do Serviço Autônomo Hospitalar poderá promover diligência para completar a instrução dos autos, mas nenhum documento adicional será pedido ou aceito para viabilizar a **HABILITAÇÃO** ou evitar a desclassificação de proponentes;

10.6. Não serão aceitos, de forma alguma, documentos copiados ou transmitidos através de **FAX**.

10.7. Os casos omissos, ou dúvidas suscitadas, serão resolvidos pela **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**, observando o que dispõe sobre a matéria a legislação em vigor.

10.8. Esclarecimentos adicionais sobre a presente Tomada de Preços, deverão ser solicitados à **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**, localizada na Rua Nossa Senhora das Graças, nº 235 Bairro São Geraldo CEP 27.253-610, Volta Redonda - RJ;

10.9. Fazem parte integrante e complementar desta Tomada de Preços:

ANEXO I (PROPOSTA DETALHE);
ANEXO II (CARTA DE CREDENCIAMENTO);
ANEXO III (MODELO DE DECLARAÇÃO);
ANEXO IV (DECLARAÇÃO DE FATOS SUPERVENIENTES);
ANEXO V (MINUTA DE CONTRATO);

Volta Redonda-RJ, 28 de Maio de 2012.

JULIO CEZAR DE CARVALHO
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
PRESIDENTE



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

ANEXO I

PROPOSTA DETALHE

ITEM.	QUANT.	UNID.	DESCRIÇÃO DO ITEM
1	200	LITROS	DIETA ENTERAL PARA CICATRIZAÇÃO, ALIMENTOS PARA SITUAÇÃO METABÓLICA ESPECIAL, SISTEMA FECHADO. LIQUIDA COM APROXIMADAMENTE 1,0 A 1,5 CAL/ML, DISTRIBUIÇÃO CALORICA: CARBOIDRATOS: 35% A 60%; PROTEINAS: 12 A 25%; LIPIDIOS 20 A 40%; SENDO A MAIOR PARTE DE ÓLEOS VEGETAIS E TCM. RELAÇÃO DE CALORIAS/N: 120:1 A 170:1. OSMOLARIDADE/L ATÉ 310 MOSM OU OSMOLALIDADE/L: ATÉ 500 MOSM/L. ENRIQUECIDAS COM OLIGOELEMENTOS, VITAMINAS E MINERAIS QUE ATENDAM 100% IDR EM ATÉ 1500 CAL, SUPLEMENTADA COM ARGININA, NUCLEOTIDEOS (OU NÃO), ACIDOS GRAXOS W3 (OU NÃO) E ANTIOXIDANTES. EMBALAGEM DE 1000ML ACONDICIONADA EM RECIPIENTE HERMETICAMENTE FECHADO, APIROGÊNICO, PRONTO PARA USO E APROPRIADO PARA CONEXÃO AO EQUIPO DE ADMINISTRAÇÃO COM SISTEMA DE ABERTURA SEM CONTATO MANUAL, SE A EMBALAGEM NÃO FOR UNIVERSAL, DEVERÁ VIR ACOMPANHADA DE ADAPTADOR UNIVERSAL. APRESENTAR REGISTRO DO MINISTERIO DA SAUDE - SIAFISICO 158390-5 - ND 33.90.30.10. E GARANTIA DE ENTREGA EM ATÉ 48 HORAS.
2	300	LITROS	DIETA ENTERAL COM FIBRAS SISTEMA FECHADO LIQUIDA, COM APROXIMADAMENTE 1,2 A 1,5 CAL/ML DISTRIBUIÇÃO CALORICA APROXIMADA: CARBOIDRATOS 49% A 58%, PROTEINAS 15% A 18,5%, LIPIDIOS 25% A 35%. OSMOLARIDADE/L: ATÉ 370 MOSM/L OU OSMOLALIDADE/L: ATÉ 390 MOSM/L. ISENTO DE LACTOSE, GLUTEN E SACAROSE, ENRIQUECIDAS COM OLIGOELEMENTOS, VITAMINAS E MINERAIS QUE ATENDAM 100% IDR EM NO MAXIMO 1500 CALORIAS. CONTENDO MIX DE FIBRAS SOLUVEL E INSOLUVEL NA QUANTIDADE DE 14 A 22 G POR LITRO. EMBALAGEM DE 1000 ML.ACONDICIONADA EM RECIPIENTE HERMETICAMENTE FECHADO, APIROGÊNICO, PRONTO PARA USO E APROPRIADO PARA CONEXÃO AO EQUIPO DE ADMINISTRAÇÃO COM SISTEMA DE ABERTURA SEM CONTATO MANUAL, SE A EMBALAGEM NÃO FOR UNIVERSAL, DEVERÁ VIR ACOMPANHADA DE ADAPTADOR UNIVERSAL. APRESENTAR REGISTRO DO MINISTERIO DA SAUDE - SIAFISICO 193615-8 - ND 33.90.30.10. GARANTIA DE ENTREGA ATÉ 48 HORAS.
3	800	FRASCOS	DIETA ENTERAL LIQUIDA, SEMI ELEMENTAR SISTEMA FECHADO. COM 1,0 A 1,5 CAL/ML, COM FONTE DE CARBOIDRATOS: MALTODREXTRINA E/ OU AMIDO DE MILHO, PODENDO OU NÃO CONTER INULINA E/ OU FRUTOOLIGOSSACARIDEOS. FONTE DE



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

			<p>PROTEINAS: CASEINA OU LACTOALBUMINA OU SORO DO LEITE OU ISOLADO DE SOJA HIDROLISADOS. FONTE DE LIPIDIOS: MAIOR PARTE DE ÓLEOS VEGETAIS E TCM, QUE ATENDAM RECOMENDAÇÃO DE MENOS DE 10% DAS CALORIAS EM ACIDOS GRAXOS SATURADOS E MAIOR QUE 10% DAS COLORIAS EM ACIDOS GRAXOS POLIINSATURADOS E/ OU MONOINSATURADOS. OSMOLARIDADE/L: ATÉ 460 MOSM/L OU OSMOLALIDADE/L: ATÉ 530 MOSM/L. ENRIQUECIDA COM OLIGOELEMENTOS, VITAMINAS E MINERAIS QUE ATENDAM 100% IDR EM NO MAXIMO 1500 CAL. EMBALAGEM DE 1000ML, ACONDICIONADA EM RECIPIENTE HERMETICAMENTE FECHADO E APROPRIADO PARA CONEXÃO AO EQUIPO DE ADMINISTRAÇÃO COM SISTEMA DE ABERTURA SEM CONTATO MANUAL, SE A EMBALAGEM NÃO FOR UNIVERSAL, DEVERA VIR ACOMPANHADA DE ADAPTADOR UNIVERSAL. APRESENTAR REGISTRO DO MINISTERIO DA SAUDE - SIAFISICO 193654-9 - ND 33.90.30.10. E GARANTIA DE ENTREGA EM ATÉ 48 HORAS</p>
4	3.000	FRASCOS	<p>DIETA ENTERAL HIPERPROTEICA E HIPERCALORICA - SISTEMA FECHADO - DIETA ENTERAL LIQUIDA, SEM SABOR, DESTINADO AO USO ENTERAL, COM NO MÍNIMO 1,5 CAL/ML. DISTRIBUIÇÃO CALORICA: CARBOIDRATOS DE 45 A 58%, PROTEINAS DE 15 A 25%, LIPIDIOS DE 29 A 40%. RELAÇÃO DE CALORIAS/N DE 110: 1 A 150:1. OSMOLARIDADE/L: ATÉ 500 MOSM/L OU OSMOLALIDADE/L: ATÉ 630MOSM/L. ISENTA DE LACTOSE, SACAROSE E GLUTEM, ENRIQUECIDAS COM OLIGOELEMENTOS, VITAMINAS E MINERAIS QUE ATENDAM 100% IDR EM ATÉ 1500ML. EMBALAGEM DE 1000ML. ACONDICIONADA EM RECIPIENTE HERMETICAMENTE FECHADO, APIROGÊNICO, PRONTO PARA USO E APROPRIADO PARA CONEXÃO AO EQUIPO DE ADMINISTRAÇÃO COM SISTEMA DE ABERTURA SEM CONTATO MANUAL, SE A EMBALAGEM NÃO FOR UNIVERSAL, DEVERÁ VIR ACOMPANHADA DE ADAPTADOR UNIVERSAL. APRESENTAR REGISTRO DO MINISTERIO DA SAUDE; SIAFISICO 193617-4 ND 33.90.30.10-3. GARANTIA DE ENTREGA ATÉ 48 HORAS.</p>
5	200	UND	<p>DIETA ENTERAL IMUNOMODULADORA, SISTEMA FECHADO. LIQUIDA COM APROXIMADAMENTE 1,0 A 1,5 CAL/ML, DISTRIBUIÇÃO CALORICA: CARBOIDRATOS: 35% A 60%; PROTEINAS: 12 A 25%; LIPIDIOS 20 A 40%; SENDO A MAIOR PARTE DE ÓLEOS VEGETAIS E TCM. RELAÇÃO DE CALORIAS/N: 120:1 A 170:1. OSMOLARIDADE/L ATÉ 310 MOSM OU OSMOLALIDADE/L: ATÉ 500 MOSM/L. ENRIQUECIDAS COM OLIGOELEMENTOS, VITAMINAS E MINERAIS QUE ATENDAM 100% IDR EM ATÉ 1500 CAL, SUPLEMENTADA COM ARGININA, NUCLEOTIDEOS (OU NÃO), ACIDOS GRAXOS W3, EMBALAGEM DE 1000ML ACONDICIONADA EM RECIPIENTE HERMETICAMENTE FECHADO, APIROGÊNICO, PRONTO PARA USO E APROPRIADO PARA CONEXÃO AO EQUIPO DE ADMINISTRAÇÃO COM SISTEMA DE ABERTURA SEM</p>



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

			CONTATO MANUAL, SE A EMBALAGEM NÃO FOR UNIVERSAL, DEVERÁ VIR ACOMPANHADA DE ADAPTADOR UNIVERSAL. APRESENTAR REGISTRO DO MINISTERIO DA SAUDE - SIAFISICO 158390-5 - ND 33.90.30.10. E GARANTIA DE ENTREGA EM ATÉ 48 HORAS.
6	200	FRASCOS	DIETA ENTERAL NORMOCALÓRICA/NORMOPROTEICA LIQUIDA SISTEMA FECHADO, COM APROXIMADAMENTE 1,0 A 1,2 CAL/ML, COM OFERTA PROTEICA MAXIMA DE 50 GRAMAS/LITRO. FONTES DE PROTEINAS: CASEINA OU PROTEINA DO SORO DO LEITE E ISOLADO PROTEICO DE SOJA. RELAÇÃO DE CALORIAS/N: ATÉ 150:1, OSMOLARIDADE/L: ATÉ380 MOSM/L OU OSMOLALIDADE: ATÉ 440 MOSM/L. ISENTA DE LACTOSE, GLUTEN E SACAROSE, ENRIQUECIDAS COM OLIGOELEMENTOS, VITAMINAS E MINERAIS QUE ATENDAM 100% IDR EM 1500 CALORIAS. EMBALAGEM DE1000ML. ACONDICIONADA EM RECIPIENTE HERMETICAMENTE FECHADO, APIROGÊNICO, PRONTO PARA USO E APROPRIADO PARA CONEXÃO AO EQUIPO DE ADMINISTRAÇÃO COM SISTEMA DE ABERTURA SEM CONTATO MANUAL, SE A EMBALAGEM NÃO FOR UNIVERSAL, DEVERÁ VIR ACOMPANHADA DE ADAPTADOR UNIVERSAL.APRESENTAR REGISTRO DO MINISTERIO DA SAUDE- SIAFISICO 62518-3 - ND 33.90.30.10 - UF 37. GARANTIA DE ENTREGA DE ATÉ 48 HORAS
7	800	FRASCOS	DIETA ENTERAL PARA HIPERGLICEMIA. SISTEMA FECHADO.DIETA ENTERAL LIQUIDA, COM ATÉ 1,2 CAL/ML. DISTRIBUIÇÃO CALORICA:CARBOIDRATOS 33 A 48%, PROTEINAS 15 A 20%, LIPIDIOS 33 A 50%. OSMOLARIDADE/L: ATÉ 355 MOSM/L OU OSMOLALIDADE/L: ATÉ 420 MOSM/L. ISENTA DE LACTOSE, SACAROSE E GLUTEN. ENRIQUECIDA COM OLIGOELEMENTOS, VITAMINAS E MINERAIS QUE ATENDAM 100% IDR EM 1500 CALORIAS E FORNEÇA APROXIMADAMENTE 15 GRAMAS DE FIBRAS/L, SENDO A MAIOR PROPORÇÃO DE FIBRA SOLUVEL. QUE ATENDA AS RECOMENDAÇÕES QUANTO A COMPOSIÇÃO DAS GORDURAS E FIBRAS DE ACORDO COM A ADA E AHA: MENOS DE 10% DO VALOR CALORICO TOTAL DE GORDURA SATURADA. EMBALAGEM COM 1000ML.ACONDICIONADA EM RECIPIENTE HERMETICAMENTE FECHADO, APIROGÊNICO, PRONTO PARA USO E APROPRIADO PARA CONEXÃO AO EQUIPO DE ADMINISTRAÇÃO COM SISTEMA DE ABERTURA SEM CONTATO MANUAL, SE A EMBALAGEM NÃO FOR UNIVERSAL, DEVERÁ VIR ACOMPANHADA DE ADAPTADOR UNIVERSAL. APRESENTAR REGISTRO DO MINISTERIO DA SUDE - SIAFISICO 154545-0 ND 33.90.30.10. GARANTIA DE ENTREGA EM ATÉ 48 HORAS.
8	300	FRASCOS	DIETA ENTERAL HIPERCALORICA - NORMOPROTEICA SEM FIBRAS. SISTEMA FECHADO. DIETA ENTERAL LIQUIDA, COM APROXIMADAMENTE 1,2 A 1,5 CAL/ML. DISTRIBUIÇÃO CALORICA APROXIMADA: CARBOIDRATOS 49 A 58%, PROTEINAS DE 18,5% A 20%, LIPIDIOS DE 25 A 35 %. OSMOLARIDADE/L: ATÉ 400



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

			<p>MOSM/L. OU OSMOLALIDADE/L: ATÉ 390 MOSM/L ISENTO DE GLUTEN, LACTOSE E SACAROSE, ENRIQUECIDAS COM OLIGOELEMENTOS, VITAMINAS E MINERAIS QUE ATENDAM 100% IDR EM NO MÁXIMO 1500 CALORIAS. EMBALAGEM DE 1000 ML. ACONDICIONADA EM RECIPIENTE HERMETICAMENTE FECHADO, APIROGÊNICO, PRONTO PARA USO E APROPRIADO PARA CONEXÃO AO EQUIPO DE ADMINISTRAÇÃO COM SISTEMA DE ABERTURA SEM CONTATO MANUAL, SE A EMBALAGEM NÃO FOR UNIVERSAL, DEVERÁ VIR ACOMPANHADA DE ADAPTADOR UNIVERSAL. APRESENTAR REGISTRO DO MINISTERIO DA SAUDE - SIAFISICO 193615-8 - ND 33.90.30.10. GARANTIA DE ENTREGA EM ATÉ 48 HORAS.</p>
--	--	--	--

JULIO CEZAR DE CARVALHO
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
PRESIDENTE



ANEXO II

CARTA DE CREDENCIAMENTO

Prezado Senhor,

Pela presente Carta de Credenciamento, eu _____, (nacionalidade), (estado civil), (cargo que ocupa na empresa), portador da Carteira de Identidade nº _____, expedida em _____/_____/_____, pelo _____, inscrito no CPF/MF sob o nº _____, residente e domiciliado em (cidade), (estado), levo ao conhecimento de V.S.^a que o Sr. _____, (nacionalidade), (estado civil), (cargo que ocupa na empresa), portador da Carteira de Identidade nº _____, expedida em _____/_____/_____, pelo _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº _____, domiciliado e residente em (cidade), (estado), está credenciado para representar a empresa _____, inscrita no CGC/MF sob o nº _____, com sede na rua _____, nº _____, (cidade), (estado), na licitação a se realizar em _____ às _____ horas, para qual fomos convidados através da Tomada de Preço nº 13/2012, podendo, para tanto, prestar esclarecimentos, receber avisos e notificações, interpor recursos, deles desistir, assinar a ata, assinar contrato e todos os demais atos necessários para o bom e fiel cumprimento da presente.

Atenciosamente,

(Local), _____ de _____ de 2012.

(Nome Completo do Emitente e da Empresa Licitante)

Obs.:

- A presente Carta de Credenciamento só será válida quando assinada pelo representante legal da empresa, com poderes estatutários e/ou contratuais para constituir mandatários, acompanhada de cópia dos mesmos.
- A presente Carta de Credenciamento deverá estar com a firma do emitente devidamente reconhecida por Tabelião que possua poderes legais para tanto.

A N E X O III

MODELO DE DECLARAÇÃO

A Licitante _____, inscrita no CNPJ/MF n.º _____, sediada no endereço _____, Cidade _____, CEP _____, por seu representante legal, e para fins da Tomada de Preços n.º 13/2012 – **DECLARA EXPRESSAMENTE QUE:**

Para os devidos fins e sob as penas da lei, não possuir em seu quadro, profissionais **menores de 18** (dezoito) anos desempenhando trabalhos noturnos, perigosos ou insalubres ou **menores de 16** (dezesseis) anos desempenhando quaisquer trabalhos, salvo se contratados sob condição de aprendizes, a partir de **14 (quatorze) anos**, nos termos do inciso **XXXIII** do **art. 7º** da Constituição Federal de 1988 (Lei n.º 854/99).

(local de data)

(nome e assinatura do representante legal da Licitante)

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS SUPERVENIENTES

(NOME DA EMPRESA)

_____, CNPJ n.º _____, sediada (endereço completo) _____, declara, sob as penas da lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no presente processo licitatório, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.
Local e data

Representante Legal
Nome da empresa
CNPJ



ANEXO V

MINUTA DE CONTRATO Nº/2011/SAH/HSJB

CONTRATO DE FORNECIMENTO DE, que fazem o SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR e a empresa

O SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR, representado pelo Sr. Diretor Geral, SEBASTIÃO FARIA DE SOUZA, brasileiro, casado, portador do CPF/MF sob o nº 015.707.577-04, residente nesta cidade, de um lado, e, de outro, a empresa, inscrita no CNPJ/MF sob o nº, com sede na Rua, doravante denominada CONTRATADA, representada neste ato por, portadora da Cédula de Identidade nº, e inscrita no CPF/MF sob o nº, assinam o presente CONTRATO DE FORNECIMENTO DE, de conformidade com o que consta no Processo Administrativo nº 1001/2012/SAH/HSJB, que se regerá pelas disposições contidas na Lei Federal nº. 8.666/93, com modificações introduzidas posteriormente, e pelas cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:

O presente contrato tem por objeto o fornecimento de (...) Unidades de

CLAUSULA SEGUNDA: FORMA DE FORNECIMENTO

A execução do presente Contrato dar-se-á sob a forma de fornecimento parcelado, conforme cronograma da Coordenação de Suprimentos/Farmácia.

CLÁUSULA TERCEIRA: FISCALIZAÇÃO e SUPERVISÃO

A FISCALIZAÇÃO e SUPERVISÃO do fornecimento serão exercidas pelo SAH/HSJB, através de pessoa por ela credenciada, que se reserva o direito de recusá-los quando não estiverem sendo prestados dentro das normas contratuais, assim como exigir a sua adequação quando não corresponderem aos termos pactuados.

PARÁGRAFO PRIMEIRO:

A CONTRATADA fica obrigada a refazer, sem qualquer ônus para o SAH/HSJB, a entrega que por qualquer motivo vier a ser recusado pela FISCALIZAÇÃO.

CLAUSULA QUARTA – PENALIDADES E MULTAS

Se o CONTRATADO, sem justa causa não cumprir as exigências constantes da Nota de Empenho e/ou consignadas na sua proposta, ressalvados os casos fortuitos ou de força maior, devidamente justificados, e comprovados a juízo do SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR, aplicar-se-ão as seguintes penalidades:

1) **ADVERTÊNCIA**, por escrito, no caso de pequenas irregularidades;



2) **MULTA** de até 20% (vinte por cento), calculada sobre o valor do contrato ou do empenho, no caso do CONTRATADO não cumprir rigorosamente as exigências contratuais ou deixar de receber a Nota de Empenho, salvo se decorrente de motivo de força maior definido em lei, e reconhecido pela autoridade competente;

3) **SUSPENSÃO TEMPORÁRIA DO DIREITO DE LICITAR** e impedimento de contratar com a Administração pelo prazo de até 02 (dois) anos, quando da inexecução contratual sobrevierem prejuízos para a Administração;

4) **DECLARAÇÃO DE INIDONEIDADE** para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

CLAUSULA QUINTA – RESCISÃO

O contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo, por mútuo acordo entre as partes.

Poderá também ser rescindido unilateralmente pelo SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR, se o CONTRATADO não cumprir as condições e obrigações expressas neste ato, ou ocorrendo quaisquer das hipóteses previstas no artigo 79, inciso I da Lei Federal 8.666/93, alterada pela Lei Federal nº 8.883/94 e demais legislações em vigor.

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA:

O prazo de vigência do presente contrato será de 12(DOZE) meses, contados a partir da data de sua assinatura.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO PREÇO:

O custo global do presente contrato é estimado em R\$ (.....). O SAH/HSJB empenhou em favor da CONTRATADA à conta da dotação orçamentária nº 3390.3000.00 (N.E. nº, de/...../.....). Entretanto a sua liquidação far-se-á através de faturas mensais que após conferidas e atestadas pela Fiscalização do SAH/HSJB, no prazo máximo de 02 (dois) dias, será encaminhada à Gerência Financeira/SAH, para que o respectivo pagamento ocorra no prazo máximo de 30 (TRINTA) dias do efetivo fornecimento de cada parcela.

CLÁUSULA OITAVA – DO REAJUSTE:

O preço referente aos serviços objeto deste contrato não sofrerá reajuste, salvo disposições em contrário do Governo Federal.

CLÁUSULA NONA – DAS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIA E FISCAL:

A CONTRATADA é responsável por todos os ônus e obrigações concernentes às legislações Fiscal, Social, Comercial, Tributária, Previdenciária e Trabalhista decorrente deste Contrato, respeitadas ainda a relacionada com a segurança do trabalho.



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR
Hospital São João Batista
RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ
CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260
Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

CLÁUSULA DÉCIMA – DA RESPONSABILIDADE:

A CONTRATADA é a única responsável por todos os danos e demais prejuízos que a qualquer título, causar ao SAH/HSJB ou a terceiros, por si, seus representantes ou prepostos na execução dos serviços contratados, ficando, desde já, o SAH/HSJB isento de toda e qualquer responsabilidade por reclamações e reivindicações que, em decorrência, possam surgir.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO:

As partes contratantes, abrindo mão de qualquer privilégio, elegem o foro da Comarca de Volta Redonda – RJ, para dirimir dúvidas oriundas deste contrato. E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente em 02 (DUAS) vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo assinadas, para que produza os devidos e legais efeitos.

Volta Redonda – RJ , dede 2.012.

SEBASTIÃO FARIA DE SOUZA
SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

REPRESENTANTE
CONTRATADA

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA