



PREFEITURA MUNICIPAL DE SARZEDO

Rua Eloy Cândido de Melo, nº 477 - Centro – CEP. 32.450-000 Estado de Minas Gerais

Fone: (31) 3577- 6531 - CNPJ: 01.612.509/0001-58

CD 32/2024

CONTRATAÇÃO DIRETA - DISPENSA DE VALOR

COM BASE NO ART. Nº 75, INCISO II da Lei 14.133/2021

O MUNICÍPIO DE SARZEDO/MG, Inscrito no CNPJ Nº 01.612.509/0001-58, com sede à Rua Eloy Candido de Melo, 477, Centro, Sarzedo/MG - CEP - 32450-000, por intermédio do Setor de Compras, torna público que, realizará Contratação Direta, com critério de julgamento MENOR PREÇO POR ITEM, nos termos Artigo Nº 75, inciso II da Lei 14.133/2021, decreto municipal nº 1642/2024 e as exigências estabelecidas neste Edital, conforme os critérios e procedimentos a seguir definidos, objetivando obter a melhor proposta, observadas as datas e horários discriminados a seguir:

DATA LIMITE PARA APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA:	DIA 18/03/2024, ÀS 14:00 HORAS
REFERÊNCIAS DE HORÁRIO:	HORÁRIO DE BRASÍLIA-DF
ENDEREÇO ELETRÔNICO PARA ENVIO DA PROPOSTA E DOCUMENTAÇÃO:	comprassaude@sarzedo.mg.gov.br
LINK DO EDITAL:	https://www.sarzedo.mg.gov.br/diario-eletronivo

1.0 - DO OBJETO:

1.1 Constitui objeto desta Contratação Direta REALIZAÇÃO DO EXAME POLISSONOGRRAFIA DE NOITE INTEIRA, PARA PACIENTE J.R.S.M

1.2 Compõem este Edital, além das condições específicas, os seguintes documentos:

1.2.1 - ANEXO I - TERMO DE REFERÊNCIA;

1.2.2 - ANEXO II - MODELO DE PROPOSTA;

2.0 - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS:

2.1. As despesas decorrentes desta contratação estão programadas em dotação orçamentária própria, prevista no orçamento do Poder Executivo Municipal de Sarzedo/MG, para exercício de 2024, na classificação abaixo:

Projeto Atividade: 02.17.10.302.1013.2049 -Elemento de Despesa: 33.90.39 FICHA:778

3.0 - DO VALOR ESTIMADO:

3.1 - O valor global estimado para contratação será de R\$ 866,66 (OITOCENTOS E SESSENTA E SEIS REAIS E SESSENTA E SEIAS CENTAVOS)

4.0 - PERÍODO PARA ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO E PROPOSTA DE PREÇO/COTAÇÃO:

4.1. O presente PROCESSO DE CONTRATAÇÃO DIRETA ficará ABERTO POR UM PERÍODO DE 03 (TRÊS) DIAS ÚTEIS, a partir da data da divulgação no site, e as respectivas propostas deverão ser encaminhados ao Setor de Compras, sito a Rua Eloy Candido de Melo, n.º 142, Bairro Vila satélite, Sarzedo/MG, em horario comercial ou opcionalmente para o email comprassaude@sarzedo.mg.gov.br, preferencialmente fazendo referência ao PROCESSO DE CONTRATAÇÃO DIRETA SMS - 32/2024.

4.1.1 Limite para Apresentação da Proposta de Preços: 18/03/2024 às 14:00h



PREFEITURA MUNICIPAL DE SARZEDO

Rua Eloy Cândido de Melo, nº 477 - Centro – CEP. 32.450-000 Estado de Minas Gerais

Fone: (31) 3577- 6531 - CNPJ: 01.612.509/0001-58

CD 32/2024

4.2 Habilitação Jurídica e Fiscal:

Junto a proposta deverá ser encaminhado os seguintes documentos:

- 4.2.1 Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - Cartão CNPJ;
- 4.2.2 Contrato Social em vigor (Consolidado), devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais; exigindo-se, no caso de sociedade por ações, documentos de eleição de seus administradores; Estatuto Social devidamente registrado acompanhado a última ata de eleição de seus dirigentes devidamente registrados em se tratando de sociedades civis com ou sem fins lucrativos. Quando se tratar de empresa pública será apresentado cópia das leis que a instituiu; Certificado da Condição de Microempreendedor Individual - MEI;
- 4.2.3 Regularidade para com a Fazenda Federal - Certidão Conjunta Negativa De Débitos relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União;
- 4.2.4 Certidão Negativa de Débitos junto ao FGTS;
- 4.2.5 Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT);

Observação: Na hipótese de o fornecedor não atender às exigências para a habilitação, será examinada a proposta subsequente e assim sucessivamente, na ordem de classificação, até a apuração de uma proposta que atenda às especificações do objeto e as condições de habilitação

4.3 Proposta de Preço/Cotação:

- 4.3.1 A Proposta de preço deverá ser apresentada conforme modelo constante no Anexo II deste Edital.
- 4.3.2 As propostas de preço que não estiverem em consonância com as exigências deste Edital serão desconsideradas julgando- se pela desclassificação.
- 4.3.3 Os preços ofertados não poderão exceder os valores unitários, constantes neste Edital. Devendo obedecer ao valor estipulado pela administração, obtido através de cotações.
- 4.3.4 Caso não sejam apresentadas propostas ou todos os fornecedores restarem desclassificados/inabilitados, a Administração poderá valer-se, para a contratação, de proposta obtida na pesquisa de preços que serviu de base ao procedimento, se houver, privilegiando-se os menores preços, sempre que possível, e desde que atendidas às condições de habilitação exigidas

5.0 - DO PAGAMENTO E PRAZO DE ENTREGA:

- 5.1. O pagamento ocorrerá em até 10(DEZ) dias, mediante apresentação de nota fiscal e após atesto do setor competente, nos termos da LeiFederal nº 14.133/2021.
- 5.2. Para realização dos pagamentos, o licitante vencedor deverá manter a regularidade fiscal apresentada durante processo de habilitação;

6.0 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

- 6.1. Poderá o Município revogar o presente Edital da Contratação Direta, no todo ou em parte, por conveniência administrativa e interesse público, decorrente



PREFEITURA MUNICIPAL DE SARZEDO

Rua Eloy Cândido de Melo, nº 477 - Centro – CEP. 32.450-000 Estado de Minas Gerais

Fone: (31) 3577- 6531 - CNPJ: 01.612.509/0001-58

CD 32/2024

defato superveniente, devidamente justificado.

6.2. O Município deverá anular o presente Edital de Contratação Direta, no todo ou em parte, sempre que acontecer ilegalidade, de ofício ou por provocação.

6.3. A anulação do procedimento de Chamada Pública, não gera direito à indenização, ressalvada o disposto no parágrafo único do art. 71 da Lei Federal nº 14.133/21.

6.4. Após a fase de classificação das propostas, não cabe desistência da mesma, salvo por motivo justo decorrente de fato superveniente e aceito pelo Município.

6.5. Pela inexecução total ou parcial das obrigações do contrato, a Administração poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à contratada, segundo a extensão da falta cometida, as penalidades previstas no artigo 104 da Lei nº 14.133/21.

SARZEDO/MG/, 13 de MARÇO de 2024.


FERNANDA CRISTINA REZENDE OLIVEIRA
Agente de Contratação



PREFEITURA MUNICIPAL DE SARZEDO

Rua Eloy Cândido de Melo, nº 477 - Centro – CEP. 32.450-000 Estado de Minas Gerais

Fone: (31) 3577- 6531 - CNPJ: 01.612.509/0001-58

CD 32/2024

ANEXO I

DISPENSA DE VALOR COM BASE NO ART. Nº 75, INCISO II da Lei 14.133/2021

TERMO DE REFERÊNCIA

1. SETOR REQUISITANTE

1.1. Secretaria Municipal de Saúde

1.1 DO OBJETO: REALIZAÇÃO DO EXAME POLISSINOGRAFIA DE NOITE INTEIRA, PARA PACIENTE J.R.S.M

1.2

de acordo com as especificações técnicas constantes neste termo de referência, conforme abaixo:

ITEM	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	VALOR UNIT. MÁXIMO ACEITÁVEL	VALOR TOTAL MÁXIMO ACEITÁVEL
1	EXAME: TRATA-SE DE UM EXAME ESPECIAL DE POLISSINOGRAFIA NOTURNA PARA DOSAR (titular) A PRESSÃO ADEQUADA COM QUE O SISTEMA DE CPAP DO PCIENTE DEVERÁ SER CALIBRADO A FIM DE INIBIR AS SUAS ANORMALIDADES RESPIRATÓRIAS (APNEIAS E HIPOPNEIAS) DURANTE O SONO E RONCO E ELAS ASSOCIADAS.	UNI	01	R\$ 866,66	R\$
				TOTAL	R\$

2. DA JUSTIFICATIVA

3.1 CONFORME DESCRITO NA SOLICITAÇÃO MÉDICA, PACIENTE APRESENTA RONCOS NOTURNOS E APNEIAS PRESENCIADAS, SENDO NECESSÁRIO A REALIZAÇÃO DO EXAME PARA ORIENTA A CONDUTA MÉDICA. A PACIENTE COMPARECEU AO SERVIÇO SOCIAL RELATANDO SOBRE A DIFICULDADE DE CUSTEAR O EXAME, UMA VEZ QUE O REFERIDO PROCEDIMENTO NÃO É DISPONIBILIZADO PELO SUS ATÉ O MOMENTO.

3. DA PROPOSTA

3.1. Na apresentação da proposta comercial deverão estar incluídas todas e quaisquer despesas necessárias para a perfeita execução do objeto, tais como, transporte, tributos, fretes, encargos sociais, seguros e demais despesas inerentes à execução do objeto.

4.2 Os preços ofertados nas propostas apresentadas não poderão ser superiores aos fixados pelo município.

4. DA EXECUÇÃO DO OBJETO

4.1. LOCAL DE ENTREGA DO OBJETO

4.1.1 REALIZAR NA CLINICA VENCEDORA, MEDIANTE AGENDAMENTO PRÉVIO, REALIZADO POR MEIO DE CONTATO TELEFÔNICO, EMAIL E/OU OUTROS. EM DIAS ÚTEIS, NO HORÁRIO DE 08 AS 16 HORAS, SENDO INFORMADO AO PACIENTE O AGENDAMENTO NO SEGUINTE ENDEREÇO:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE: Rua Santa Rosa, nº 35, Centro - Sarzedo/MG



PREFEITURA MUNICIPAL DE SARZEDO

Rua Eloy Cândido de Melo, nº 477 - Centro - CEP. 32.450-000 Estado de Minas Gerais

Fone: (31) 3577- 6531 - CNPJ: 01.612.509/0001-58

CD 32/2024

6 - DO PAGAMENTO

O pagamento ocorrerá em até 10 (DEZ) dias, mediante apresentação de nota fiscal e após atesto do setor competente, nos termos da Lei Federal nº 14.133/2021.

A inadimplência da Contratada com relação aos encargos sociais, trabalhistas, fiscais e comerciais ou indenizações não transfere à Contratante a responsabilidade por seu pagamento, nem poderá onerar o objeto contratado, de acordo com o artigo 121, parágrafo único, da Lei Federal nº. 14.133/2021.

7 - DAS PENALIDADES

O não cumprimento das condições estipuladas neste Termo de Referência implicará na adoção de medidas e penalidades previstas em lei.

8 - DOTAÇÃO ORÇAMENTARIA

As despesas com a execução de eventual ajuste, correrão à conta de dotação específica, constante do orçamento de 2024:

Projeto Atividade: 02.17.10.302.1013.2049 -Elemento de Despesa: 33.90.39 FICHA:778

SARZEDO/MG, 13 de MARÇO de 2024.


FERNANDA CRISTINA REZENDE OLIVEIRA
Agente de Contratação



PREFEITURA MUNICIPAL DE SARZEDO

Rua Eloy Cândido de Melo, nº 477 - Centro – CEP. 32.450-000 Estado de Minas Gerais

Fone: (31) 3577- 6531 - CNPJ: 01.612.509/0001-58

CD 32/2024

ANEXO II

MODELO DE PROPOSTA COMERCIAL

DISPENSA DE VALOR

COM BASE NO ART. Nº 75, INCISO II da Lei 14.133/2021

1.3 Objeto: REALIZAÇÃO DO EXAME POLISSINOGRRAFIA DE NOITE INTEIRA, PARA PACIENTE J.R.S.M

1.4 de acordo com as especificações técnicas constantes neste termo de referência, conforme abaixo:.

PROPOSTA:

ITEM	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	VALOR UNIT. MÁXIMO ACEITÁVEL	VALOR TOTAL MÁXIMO ACEITÁVEL
1	EXAME: TRATA-SE DE UM EXAME ESPECIAL DE POLISSINOGRRAFIA NOTURNA PARA DOSAR (titular) A PRESSÃO ADEQUADA COM QUE O SISTEMA DE CPAP DO PCIENTE DEVERÁ SER CALIBRADO A FIM DE INIBIR AS SUAS ANORMALIDADES RESPIRATÓRIAS (APNEIAS E HIPOPNEIAS) DURANTE O SONO E RONCO	UNI	01	R\$	R\$
				TOTAL	R\$

Valor Global da Proposta:

Validade da Proposta 30 dias;

Despesas inerentes a impostos, tributos, contratação de pessoal e outros, correrão totalmente por conta da Empresa contratada;

Razão social; - Nº do CNPJ:

Endereço:

Apresentamos nossa proposta conforme o Item e preço, estabelecidos no Edital.

LOCAL, _____ de _____ de 2024.

Assinatura do Responsável CPF: _____

Obs.: Identificação, assinatura do representante legal e carimbo do CNPJ, se houver.