

Rua Prefeito Manoel Gonçalves 825, Centro, Barra de São Francisco - ES - CEP
29.800-000

Tel.: 27-3756-8480 / 8464

CNPJ: 27.080.605/0019-15 - E mail: hdrc.compras@saude.es.gov.br

EDITAL SIMPLIFICADO DE DISPENSA DE LICITAÇÃO ELETRÔNICA

Site onde ocorrerá a dispensa: <https://portalsiades.es.gov.br/>

[https://manualize.com.br/categoria compra direta/fornecedor-compra-sem-disputa/](https://manualize.com.br/categoria_compra_direta/fornecedor-compra-sem-disputa/)

1 – DO OBJETO E CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

ACESSÓRIO PARA EQUIPAMENTO MÉDICO - APLICAÇÃO: COMPATÍVEL COM TRICOTOMIZADOR; ESTERILIDADE: ESTÉRIL, USO ÚNICO; MATERIAL: AÇO INOXIDÁVEL E PLÁSTICO; TIPO: LÂMINA; CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS: Apresentação: unidade em embalagem individual estéril, íntegra e inviolável, com identificação mínima 3 anos (lote e validade). A empresa vencedora deverá fornecer a condição de execução (comodato): a contratada deverá disponibilizar 50 (cinquenta) aparelhos/ tricotomizadores em regime de comodato, compatíveis com as lâminas ofertadas, sem ônus adicional, incluindo manutenção e substituição em caso de defeito.	1000	47,70	47.700,00
--	-------------	--------------	------------------

1.1) Os itens solicitados deverão ser entregues em parcela única;

1.2) **DEVERÁ SER UTILIZADA APENAS 2 CASAS DECIMAIS PARA O VALOR UNITÁRIO**

2 – DO PRAZO E LOCAL DA ENTREGA DOS MATERIAIS

CONFORME TERMO DE REFERENCIA

3 - DO CRITÉRIO DE JULGAMENTO DAS PROPOSTAS

3.1 - O critério utilizado é o de menor preço - Será considerado vencedor o licitante que apresentar a proposta com menor valor.

4 – DA HABILITAÇÃO

A DOCUMENTAÇÃO SOLICITADA NO TERMO DE REFERENCIA DEVERÁ SER APRESENTADA no prazo máximo de 24 horas após a CONVOCAÇÃO REALIZADA no SISTEMA SIADES PELO SERVIDOR RESPONSÁVEL PELA APURAÇÃO, E ENVIADA PARA O E MAIL hdrc.compras@saude.es.gov.br

OBRIGATORIO APRESENTAÇÃO DE catálogo e/ou prospecto de qualquer item cotado.

5 – DO TERMO DE REFERENCIA

O Termo de Referência integra este Edital simplificado com informações complementares pra esta aquisição.

6 – DA PROPOSTA COMERCIAL

DEVERÁ SER ENVIADA JUNTAMENTE COM A HABILITAÇÃO CONFORME MODELO ABAIXO.

ANEXO II. - MODELO DE PROPOSTA COMERCIAL

Empresa: (Nome da Empresa)

À HOSPITAL DRª RITA DE CASSIA/SESA

Prezados Senhores,

ITENS	DESCRIÇÃO DO ITEM	<u>NOME COMERCIAL E MARCA / FABRICANTE</u>	QUANTIDADE <u>TOTAL</u>	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1					
	VALOR TOTAL				

1 - Compõem nossa Proposta os seguintes anexos:

1.1 - **Proposta Comercial Detalhada, com a indicação do preço unitário de cada item, MARCA e preço global.**

1.2 - Documentos exigidos para Habilitação.

2 - O prazo de validade da proposta não será inferior a 60 (sessenta) dias, a contar da data de sua apresentação.

3 - Os preços ora propostos incluem todas as despesas diretas, indiretas, benefícios, tributos, contribuições, seguros e licenças de modo a se constituírem à única e total contraprestação pelo fornecimento dos itens.

4 - Apresentar descritivo técnico.

Atenciosamente,
