

**TERMO DE REFERÊNCIA PARA CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM FORNECIMENTO DE COMODATO DE EQUIPAMENTO DE AQUECIMENTO E INSUMOS (MANTAS TÉRMICAS DESCARTÁVEIS)**

A Fundação do ABC – Hospital Geral Dr. Francisco de Moura Coutinho Filho, nos termos do seu Regulamento de Compras e Contratação de Serviços de Terceiros e Obras, declara a intenção de contratar empresa especializada em fornecimento de comodato de equipamento de aquecimento e insumos (Mantas Térmicas Descartáveis) para atendimento aos pacientes do Hospital Geral Dr. Francisco de Moura Coutinho Filho, pelo prazo de 12 (doze) meses.

**1. OBJETO**

1.1. Contratação de empresa especializada em comodato de equipamento de unidade de aquecimento bem como o fornecimento de insumos (Mantas Térmicas Descartáveis).

**2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO**

2.1. A contratação em pauta se faz necessária para:

2.1.1.1. Para a prevenção e tratamento da hipotermia em pacientes cirúrgicos, pós cirúrgicos e pacientes internados no **HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA "DR. FRANCISCO DE MOURA COUTINHO FILHO**

**3. ESPECIFICAÇÕES DO SERVIÇO**

3.1. Descrição detalhada do serviço a ser executado:

3.1.1. Cessão a título gratuito (comodato), pela **COMODANTE à COMODATÁRIA**.

3.1.1.1. Unidades de aquecimento compatíveis aos insumos fornecidos e de acordo com a relação, insumos/mês X 3 equipamentos comodatados;

3.1.1.2. Insumos / mantas térmicas para serem utilizados nos equipamentos comodatados: conforme especificações e quantidades descritas no item 4 deste Termo de Referência.

3.1.2. Os “Equipamentos” objeto do comodato deverão atender todas as disposições da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

3.1.3. A **COMODANTE** deverá disponibilizar, modelos atualizados dos equipamentos a serem cedidos a título de comodato, constantes neste instrumento.

3.1.4. Os equipamentos denominados “Unidades de Aquecimento” deverão possuir as seguintes especificações técnicas:

3.1.4.1. Registro na Anvisa (válido);

3.1.4.2. Sistema de filtragem;

3.1.4.3. Alarme de temperatura elevada;

3.1.4.4. Controle e regulagem de temperatura;

3.1.4.5. Carro de transporte para cada equipamento;

#### 4. DO FORNECIMENTO

4.1. A **COMODANTE** deverá obedecer aos horários de atendimento para entrega dos insumos, conforme abaixo:

4.1.1. De 2<sup>a</sup> à 6<sup>a</sup> feira, das 08:00 às 16:30.

4.1.2. Sábado, domingo e feriado não temos expediente para recebimento de insumos.

4.2. A **COMODANTE** deverá atender semanalmente a solicitação dos pedidos realizados via e-mail, que serão realizados na frequência de 2 a 3 vezes por mês.

4.3. A **COMODANTE** deverá garantir que as solicitações efetuadas pela **COMODATÁRIA** sejam atendidas no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas após a realização do pedido.

4.4. Os serviços descritos neste Termo de Referência são de natureza Continuada.

#### 5. LOCAL DA PRESTAÇÃO

5.1. O local de instalação dos equipamentos a serem comodatados, bem como, de fornecimento dos insumos constantes neste Termo de Referência deverá ser realizado nas dependências do **HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA "DR. FRANCISCO DE MOURA COUTINHO FILHO**, localizado a Rua da Pedreira, 95, Parque José Alexandre, Carapicuíba – SP, CEP:06321-665.

## 6. CENÁRIO DE REFERÊNCIA

ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	ESTIMATIVA MENSAL	ESTIMATIVA ANUAL
1	<p><b>MANTA TERMICA MEMBRO SUPERIOR ADULTO</b></p> <p>Manta térmica para controle de temperatura por ar direcionado, membro superior adulto, tamanho 210cm X 80 cm (variação aceita de 15% para mais (+) ou para menos (-)). Deverá conter fitas adesivas para fixação para melhor operacionalização durante utilização. Embalagem individual resistente de modo a assegurar proteção do produto até o momento de sua utilização, trazendo externamente os dados de identificação, procedência de acordo com legislação vigente e registro no Ministério da Saúde. (Descartável).</p>	15	180
2	<p><b>MANTA TERMICA NEONATAL CORPO INTEIRO</b></p> <p>Manta térmica para controle de temperatura por ar direcionado, corpo inteiro adulto, tamanho 100X100 cm (variação aceita de 20% para mais (+) ou para menos (-) 20%). Embalagem individual resistente de modo a assegurar proteção do produto até o momento de sua utilização, trazendo externamente os dados de identificação, procedência de acordo com legislação vigente e registro no Ministério da Saúde. (Descartável).</p>	20	240

3	<b>MANTA TERMICA CORPO INTEIRO ADULTO</b>  Manta térmica para controle de temperatura por ar direcionado, corpo inteiro adulto, tamanho 210cm X 120 cm (variação aceita de 20% para mais (+) ou para menos (-) 20%). Embalagem individual resistente de modo a assegurar proteção do produto até o momento de sua utilização, trazendo externamente os dados de identificação, procedência de acordo com legislação vigente e registro no Ministério da Saúde. (Descartável).	20	240
---	---	----	-----

- 6.1. Todos as mantas deverão ser constituídas de material hipoalérgico, impermeável, isentos de látex, descartáveis, com distribuição uniforme de fluxo de ar, transparente aos raios X, com encaixes para pescoço e cobertura de ombros;
- 6.2. Referência quantitativa mensal média dos insumos utilizados nas unidades de aquecimento: Descrição do Produto Média de Consumo Mensal Cabe ressaltar que o quantitativo referenciado neste Termo é estimado. Sendo assim, as quantidades constantes referentes ao consumo mensal poderão sofrer alterações.

## 7. APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA

- 7.1. As empresas participantes deverão apresentar suas propostas nos mesmos moldes estabelecidos no **ANEXO II**, sob pena de desclassificação.
- 7.2. O preço ofertado deverá contemplar todos os tributos, fretes, tarifas e despesas decorrentes da execução do serviço.
- 7.3. Serão desclassificadas as empresas que apresentarem propostas e ofertas diferentes das especificações contidas neste Termo de Referência, no Memorial Descritivo e no ato de Convocação.
- 7.4. A apresentação da proposta e a tramitação da concorrência seguirá as exigências e formalidades estabelecidas no Memorial Descritivo e no ato de Convocação

## 8. CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO DAS EMPRESAS

- 8.1. Será considerado para o presente certame o critério de julgamento de “**Menor Preço Global**” para determinar a ordem de classificação das empresas participantes.
- 8.2. Será considerada como vencedora do certame a empresa melhor classificada dentre as participantes que, concomitantemente, atender todas as exigências especificadas no Termo de Referência, no Ato de Convocação, no Memorial Descritivo e na Minuta Contratual e por consequência habilitada, quando a mesma tiver sua amostra aprovada nos moldes deste Termo.

## VISITA PARA AMOSTRA E APRESENTAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS/INSUMOS

- 9.1. A empresa melhor classificada, por intermédio de seus respectivos representantes, deverá efetuar visita nas dependências da **CONTRATANTE**, para apresentação dos materiais descritos no “**Anexo I**” deste Termo de Referência ao responsável técnico designado pelo Hospital Geral de Carapicuíba
- 9.2. A apresentação da amostra para vistoria técnica deverá ser realizada mediante agendamento prévio, conforme exigido no Ato de Convocação, após notificação da Departamento de Contratos.
- 9.3. Durante o período de amostragem, a avaliação será realizada, considerando os critérios estabelecidos no “**Anexo III**” deste instrumento.
  - 9.3.1. Após avaliação pelo Responsável Técnico, os equipamentos/insumos serão classificados “atende” ou “não atende”.
    - 9.3.1.1. Se o resultado da avaliação for classificado como “não atende”, a empresa preponente será desclassificada do certame.

## 10. OBRIGAÇÕES TÉCNICAS DA COMODANTE

- 10.1. A **COMODANTE** se compromete a seguir todas as exigências estabelecidas nas “Especificações do Serviço”, constante no item 3 deste instrumento, que forem de sua competência.

10.2. Será de responsabilidade exclusiva da **COMODANTE**, a manutenção preventiva e corretiva, envolvendo todas as calibrações necessárias e periódicas de cada equipamento cedido em regime de comodato à **COMODATÁRIA**.

10.2.1. A **COMODANTE** deverá disponibilizar o cronograma de manutenção preventiva dos equipamentos objeto deste instrumento, ao setor de Engenharia do Hospital.

10.2.2. A **COMODANTE** se compromete a realizar a manutenção dos equipamentos cedidos, sempre que solicitado pela **COMODATÁRIA**.

10.2.3. A **COMODANTE** deverá realizar a manutenção corretiva com retorno dos equipamentos comodatados ao Hospital no prazo de 48 horas, quando estes apresentarem algum problema.

10.2.3.1. Para que a Unidade Assistencial não sofra prejuízos, a **COMODANTE** deverá efetuar reposição durante a retirada do equipamento a ser realizada a manutenção.

10.2.4. A **COMODANTE** deverá garantir que as manutenções referidas sejam realizadas através de atendimento próprio ou de sua rede de distribuidores/assistências técnicas autorizados, repondo, de modo gratuito, as peças danificadas em decorrência do desgaste natural, mediante avaliação prévia de técnicos indicados pela **COMODANTE** e emitindo, quando necessário, laudo técnico especificando os danos constatados.

10.3.A **COMODANTE** compromete-se a realizar, nas instalações da **COMODATÁRIA**, através de pessoal próprio ou de rede de distribuidores autorizados, sem custo adicional, o treinamento e/ou reciclagem dos funcionários da **COMODATÁRIA**, usuários do (s) equipamento (s) cedidos em comodato, mediante solicitação e programação de datas junto ao suporte técnico da **COMODANTE** com antecedência mínima de 15 (quinze) dias úteis, sujeito a disponibilidade de agenda da **COMODANTE**.

10.4.A **COMODANTE** poderá examinar ou vistoriar o (s) equipamento (s) e seus acessórios, sempre que entender necessário, mediante aviso prévio de até 5 (cinco) dias a **COMODATÁRIA**, a qual deverá facilitar o ingresso de funcionário da **COMODANTE** devidamente autorizado para este fim.

10.5. A **COMODANTE** será responsável pelo fornecimento dos materiais/insumos a serem descritos nos Anexos como também pela reposição, conforme solicitação realizada pela **COMODATÁRIA**.

10.6. A **COMODANTE** deverá realizar as entregas na sede da **COMODATÁRIA**, junto a respectiva Nota Fiscal/fatura, na qual deverá constar descrição dos produtos solicitação, de acordo com o volume e o pedido realizado, com os respectivos valores, nos prazos descritos, seguindo rigorosamente as normas de segurança e qualidade previstas em lei;

10.7. A **COMODANTE** deverá garantir que o objeto ofertado seja substituído, sem ônus para a instituição, caso não esteja de acordo com os padrões de qualidade exigidos em nível nacional.

10.7.1. Quando constatada irregularidade nos objetos da entrega, a instituição efetuará a devolução das mercadorias, sendo a **COMODANTE** obrigada a retirar o objeto recusado e repor por produto adequado, no prazo máximo de 72 setenta e duas) horas.

10.7.2. Será permitida somente uma substituição, conforme descrito no item acima, após serão aplicadas as penalidades cabíveis.

10.8. A **COMODANTE** deverá comunicar a **COMODATÁRIA**, no prazo máximo de 12 (doze) horas que antecede a data da entrega, os motivos que impossibilitem o cumprimento do prazo previsto, com a devida comprovação.

10.9. A **COMODANTE** deverá garantir que, o prazo de validade do objeto fornecido não seja inferior a 6(seis) meses, a contar da data de entrega do mesmo.

10.10.A **COMODANTE** deverá solicitar autorização e apresentar carta de comprometimento de troca, através do envio, via endereço eletrônico, direcionado ao e-mail indicado pela **COMODATÁRIA**.

10.10.1. Caso a empresa não realize a troca solicitada, serão adotadas providências cabíveis quanto ao descumprimento do contrato.

10.11.A **COMODANTE** será responsável pelo transporte de produtos até as dependências da **COMODATÁRIA**.

10.12.A **COMODANTE** assume total responsabilidade pelos produtos fornecidos, armazenamento, conservação e transporte.

10.13.A **COMODANTE** deverá seguir as diretrizes de todas as comissões instituídas pela **COMODATÁRIA**.

10.14.A **COMODANTE** deverá respeitar integralmente todos os protocolos, procedimentos, regulamentos, normas e indicadores estabelecidos pela **COMODATÁRIA**, contribuindo para a acreditação ou manutenção da qualidade nas certificações nacionais e internacionais que o Hospital esteja inserido.

10.15.A **COMODANTE**, através de seu representante, deverá prestar esclarecimentos sempre que convocada pela **COMODATÁRIA**.

10.16.A **COMODANTE** se compromete a executar seus serviços respeitando todas as disposições estabelecidas neste Termo de Referência, bem como as demais determinações estabelecidas no contrato.

10.17.A **COMODANTE** deverá garantir que, os seus prepostos, que em qualquer situação de prestação de serviços a **COMODATÁRIA**, identifiquem-se e portem o crachá em local visível.

## 11. OBRIGAÇÕES DA COMODATÁRIA

11.1. A **COMODATÁRIA** deverá acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da empresa **COMODANTE**.

11.2. A **COMODATÁRIA** deverá efetuar os pagamentos referentes ao objeto contratual desde que cumprido os requisitos estabelecidos no Termo de Referência e no Contrato.

11.3. A **COMODATÁRIA** deverá realizar a solicitação, de acordo com a necessidade de utilização dos produtos

11.4. A **COMODATÁRIA** deverá sinalizar à **COMODANTE** sobre a necessidade de manutenção corretiva nos equipamentos comodatados.

11.5. A **COMODATÁRIA** deverá notificar a **COMODANTE** de imediato para a reposição de produtos que não atendam as requisições apresentadas.

## 12. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

12.1.O pagamento será efetuado até o vigésimo (20) dia do mês subsequente aos serviços prestados, caso essa data seja em finais de semana ou feriados, o pagamento ocorrerá no próximo dia útil vigente, mediante emissão de notas fiscais, após atestaçāo dos serviços prestados no período.

12.2. O pagamento ao prestador obedecerá ao pactuado no Contrato, através de transferência bancária em conta corrente, com indicação na nota fiscal dos dados bancários, conta corrente, agência e banco.

Todas as notas Fiscais emitidas devem ter em seu corpo:

- 12.2.1.1. O nº do Contrato firmado;
- 12.2.1.2. O nº do Processo referente à Contratação;
- 12.2.1.3. A indicação do Órgão Público Contratante: FUNDAÇÃO DO ABC – CNPJ nº 57.571.275/0036-22
- 12.2.1.4. Os Dizeres: Despesa realizada com base no contrato de gestão da Secretaria Estadual de Saúde (SE) – Indicação do Contrato de Gestão nº 0240118265/2023-81
- 12.2.1.5. Descrição dos serviços realizados no mês anterior, eventuais identificações e quantidades.

12.3. Em hipótese alguma será aceito boleto bancário como meio de cobrança.

12.4. Somente após a conferência da referida nota fiscal pela **COMODATÁRIA** e validação da sua diretoria é que o documento será encaminhado ao setor responsável pelo pagamento.

12.5. Nos pagamentos será retido na fonte o valor correspondente aos tributos, nos termos da legislação específica e demais tributos que recaiam sobre o valor faturado.

12.6. Não ocorrerão pagamentos antecipados pela prestação de serviços.

12.7. O pagamento será efetuado mediante a apresentação mensal pela **COMODANTE** dos seguintes documentos que serão arquivados pela **COMODATÁRIA**

- 12.7.1. Nota Fiscal constando a discriminação detalhada do serviço prestado, competência da prestação de serviço e o número do Contrato de Gestão firmado entre a Administração Pública e a Fundação do ABC;
- 12.7.2. CND válida, provando regularidade do prestador de serviço contínuo de contrato formal, junto à Previdência Social;
- 12.7.3. Prova de regularidade perante o FGTS. Quando isento, deverá o Prestador apresentar justificativa e comprovante;
- 12.7.4. Cópia de guia de recolhimentos do INSS, acompanhada da folha resumo da GFIP correspondente. Quando isento, o prestador deverá apresentar justificativa e comprovante, nos termos da instrução normativa RFB Nº 2110/2022.
- 12.7.5. Relação nominal atualizada de todos os profissionais que trabalham na empresa, prestando serviços diretamente nas dependências do Contratante, se cabível.

- 12.7.6. Demonstrativos dos pagamentos realizados a todos os empregados (salário, vale transporte e benefício), acompanhado do respectivo recibo firmado pelo empregado.
- 12.8. As notas fiscais, referentes aos serviços prestados, deverão ser entregues em tempo considerável (quinto dia útil do mês), para que a **COMODATÁRIA** possa proceder com as análises devidas e o subsequente pagamento dos valores.

### 13. DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

- 13.1. A avaliação da execução do contrato será acompanhada pelo setor de Engenharia do Hospital Geral De Carapicuíba "Dr. Francisco De Moura Coutinho Filho.

### 13. VIGÊNCIA CONTRATUAL

- 13.1. O contrato terá a duração de **12 (doze) meses**, a contar da sua assinatura, podendo ser prorrogado, desde que assim fique acordado entre as partes, limitada a prorrogação a **60 (Sessenta) meses**, nos termos do Regulamento de Compras e Contratação de Serviços de Terceiros e Obras da FUABC e Unidades Gerenciadas.

### 14. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS EXECUTADOS

- 14.1.A **COMODANTE** deverá entregar mensalmente para análise, validação e monitoramento da **COMODATÁRIA**, todos os indicadores que forem pactuados com o Departamento de Qualidade do HGC.

- 14.2.A **COMODANTE** terá seu desempenho submetido a acompanhamentos sistemáticos de acordo com os critérios de avaliação e controle da **COMODATÁRIA**, abaixo descritos:

14.2.1. Indicador Quantitativo:

- 14.2.1.1. Taxa de cumprimento dos prazos: cumprimento de data e horário previamente agendados para o fornecimento dos produtos solicitados.

14.2.2. Indicador Qualitativo:

- 14.2.2.1. Observação da entrega, considerando o transporte, integridade da embalagem, data de validade, bem como o acompanhamento da operacionalização dos equipamentos.
- 14.2.3. A **COMODANTE** garantirá livre acesso a informações, dos procedimentos e à documentação referente aos serviços prestados, aos gestores indicados pela **COMODATÁRIA**, para o acompanhamento da gestão contratual.
- 14.2.4. A fiscalização ou acompanhamento da execução deste Contrato, por parte dos órgãos competentes da **COMODATÁRIA**, não exclui nem reduz a responsabilidade da **COMODANTE**.

## 15. DOCUMENTAÇÃO TÉCNICA ESPECÍFICA

- 15.1. Considerando a natureza do serviço objeto da contratação, a empresa melhor classificada, deverá apresentar, quando solicitado, os documentos abaixo relacionados, bem como todos os demais documentos solicitados no Ato de Convocação e Memorial Descritivo, sob pena de desclassificação.
- 15.1.1. Atestado de Capacidade Técnica da empresa.
- 15.1.2. Cartas de autorização de comercialização emitidas pelos fabricantes dos produtos, no caso de distribuidora ou representante quando homologado pelo fabricante. Quando não homologado, a empresa interessada deverá informar a ausência homologação pelo fabricante, apresentando declaração em papel timbrado. Desconsiderar esta cláusula caso a empresa for a própria fabricante.
- 15.1.3. Certificado de responsabilidade técnica emitido pelo Conselho Regional de Classe, ou o protocolo de assunção desta responsabilidade técnica;
- 15.1.4. Alvará de licença para estabelecimento (prefeitura);
- 15.1.5. Licença de funcionamento da Vigilância Sanitária (Estadual ou Municipal);
- 15.1.6. Autorização de funcionamento Anvisa (Federal).
- 15.1.7. Certificado de Boas Práticas de Fabricação/Distribuição da ANVISA ou Manual de Boas Práticas da Farmácia. Importante cumprir esta demanda, seja o certificado ou o manual da distribuidora ou de fabricação sendo do fabricante.

## 16. DAS AMOSTRAS

- 16.1. A solicitação de amostra visa assegurar a qualidade e mínima adequação dos produtos fornecidos às especificações exaradas neste Termo de Referência.
- 16.2. Será reprovada a amostra apresentada em desacordo com a especificação e que não apresentar a qualidade desejada ou deixar de atender as exigências estabelecidas neste Termo de Referência.
- 16.3. A empresa melhor classificada deverá entregar uma (01) amostra de cada insumo e dos equipamentos constantes neste Termo de Referência, para análise, em data e horário, designada pela gestão da área, e que ocorrerá antes da divulgação do resultado final.
- 16.4. Cada amostra apresentada deverá estar identificada com etiqueta que contenha o nome da empresa participante e número do processo de concorrência, devidamente relacionados em papel timbrado da empresa.
- 16.5. A amostra poderá ser aberta, manuseada, ficando à disposição do hospital.
- 16.6. No caso de desaprovação da amostra, o hospital emitirá parecer com justificativas técnicas da recusa e a participante será desclassificada, sendo convocados os participantes subsequentes.

## 17. ANÁLISE DAS AMOSTRAS

- 17.1. Após entrega de ao menos um equipamento de aquecimento e de uma amostra de cada tipo de manta ofertada em processo de comodato serão analisados pelo setor de Engenharia Clínica os itens:
  - 17.1.1. Número de Anvisa do equipamento.
  - 17.1.2. Número de Anvisa de cada manta.
  - 17.1.3. Embalagem.
  - 17.1.4. Relatórios de manutenção preventiva e corretiva.
- 17.2. Após entrega de ao menos um equipamento de aquecimento e de uma amostra de cada tipo de manta ofertada em processo de comodato serão analisados pelos setores de Engenharia Clínica e a Equipe de anestesia os itens:
  - 15.2.1. Distribuição de ar.

- 15.2.2. Posicionamento da manta.
  - 15.2.3. Acoplamento entre o equipamento e a manta.
  - 15.2.4. Material.
- 17.3. Durante a utilização no ato da análise das amostras dos equipamentos, bem como os insumos, é indispensável um responsável indicado e credenciado pela empresa. Para apoio de operação e instruções a equipe.
- 1.4. Após o(s) procedimento(s) realizados será emitido relatório de aprovação (ou reaprovação) da equipe de Anestesia em conjunto com a Engenharia Clínica.

Carapicuíba, 20 de setembro de 2024.

---

Gerente Assistencial  
Hospital Geral Dr. Francisco de Moura Coutinho Filho (HGC)

---

Diretoria Geral – Fundação do ABC  
Hospital Geral Dr. Francisco de Moura Coutinho Filho (HGC)

## ANEXO I

### Descrição dos itens: Insumos

ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO
1	<p><b>MANTA TÉRMICA MEMBRO SUPERIOR ADULTO</b></p> <p>Manta térmica para controle de temperatura por ar direcionado, membro superior adulto, tamanho 210cm X 80 cm (variação aceita de 15% para mais (+) ou para menos (-)). Deverá conter fitas adesivas para fixação para melhor operacionalização durante utilização. Embalagem individual resistente de modo a assegurar proteção do produto até o momento de sua utilização, trazendo externamente os dados de identificação, procedência de acordo com legislação vigente e registro no Ministério da Saúde. (Descartável).</p>
2	<p><b>MANTA TÉRMICA NEONATAL CORPO INTEIRO</b></p> <p>Manta térmica para controle de temperatura por ar direcionado, corpo inteiro adulto, tamanho 100X100 cm (variação aceita de 20% para mais (+) ou para menos (-) 20%). Embalagem individual resistente de modo a assegurar proteção do produto até o momento de sua utilização, trazendo externamente os dados de identificação, procedência de acordo com legislação vigente e registro no Ministério da Saúde. (Descartável).</p>
3	<p><b>MANTA TÉRMICA CORPO INTEIRO ADULTO</b></p> <p>Manta térmica para controle de temperatura por ar direcionado, corpo inteiro adulto, tamanho 210cm X 120 cm (variação aceita de 20% para mais (+) ou para menos (-) 20%). Embalagem individual resistente de modo a assegurar proteção do produto até o momento de sua utilização, trazendo externamente os dados de identificação, procedência de acordo com legislação vigente e registro no Ministério da Saúde. (Descartável).</p>

**ANEXO II**  
**MODELO DE PROPOSTA COMERCIAL**  
**[logotipo da empresa e papel timbrado]**

À  
**Fundação do ABC**  
Referente ao Processo HGC0761/24

1. A empresa (razão social da participante), inscrita no CNPJ n.º xx.xxx.xxx/xxxxxx, com sede no (endereço completo), por intermédio de seu representante legal, o(a) Sr.(a) (nome do representante Legal), infra-assinado, para os fins do Processo nº XXXX/2024, apresenta a seguinte proposta de preço:

**Fornecimento em Comodato de:**

Quantidade	Descrição
03	Equipamento Para Manta Térmica Membro Superior Adulto X Qtd. de Insumos mês
03	Equipamento Para Manta Térmica Neonatal Corpo Inteiro X Qtd. de Insumos mês
03	Equipamento Para Manta Térmica Corpo Inteiro Adulto X Qtd. de Insumos mês
<b>Total - 09 Equipamentos em Comodato</b>	

**Insumos:**

Item / Descrição	Quantidade Estimada Mensal	Quantidade Estimada Anual	Valor Unitário	Valor Mensal	Valor Anual
<b>MANTA TERMICA MEMBRO SUPERIOR ADULTO</b> Manta térmica para controle de temperatura por ar direcionado, membro superior, adulto, tamanho 210cm X 80 cm (variação aceita de 15% para mais (+) ou para menos (-). Deverá conter fitas adesivas para fixação para melhor operacionalização durante utilização. Embalagem individual resistente de modo a assegurar proteção do produto até o momento de sua utilização, trazendo externamente os dados de identificação, procedência de acordo com legislação vigente e registro no Ministério da Saúde. (Descartável).	15	180	R\$	R\$	R\$

<b>MANTA TERMICA NEONATAL CORPO INTEIRO</b> Manta térmica para controle de temperatura por ar direcionado, corpo inteiro adulto, tamanho 100X100 cm (variação aceita de 20% para mais (+) ou para menos (-) 20%). Embalagem individual resistente de modo a assegurar proteção do produto até o momento de sua utilização, trazendo externamente os dados de identificação, procedência de acordo com legislação vigente e registro no Ministério da Saúde. (Descartável).	20	240	R\$	R\$	R\$
<b>MANTA TERMICA CORPO INTEIRO ADULTO</b> Manta térmica para controle de temperatura por ar direcionado, corpo inteiro adulto, tamanho 210cm X 120 cm (variação aceita de 20% para mais ou para menos (-) 20%). Embalagem individual resistente de modo a assegurar proteção do produto até o momento de sua utilização, trazendo externamente os dados de identificação, procedência de acordo com legislação vigente e registro no Ministério da Saúde. (Descartável).	20	240	R\$	R\$	R\$
<b>VALOR TOTAL GERAL</b>			R\$	R\$	

**Valor Total mensal: (em algarismos e por extenso): xxxxxx**

**Valor Total anual: (em algarismos e por extenso): xxxxxx**

1.1. A participante deverá especificar os serviços ofertados;

1.2. O pagamento será realizado pelo **serviço efetivamente realizado**;

1.3. **DA VALIDADE DA PROPOSTA:** A proposta deverá conter prazo de validade mínimo de **60 (sessenta) dias**, contados da adjudicação dos serviços ofertados.

1.4. **DECLARAMOS**, para os devidos fins, **QUE CONSIDERAMOS, NA FORMULAÇÃO DOS CUSTOS DA PROPOSTA DE PREÇOS, OU SEJA**, todos os custos necessários para o atendimento do objeto desta coleta de preço tais como: custos com mão de obra, equipamentos, materiais, utensílios e transporte, impostos, encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais, taxas, fretes, seguros, deslocamentos de pessoal, garantia e quaisquer outros que incidam ou venham a incidir sobre o

objeto.

**1.5 DADOS DA EMPRESA:**

Empresa/Razão Social:

Endereço:

CEP:

CNPJ:

Telefone:

E-mail:

Banco: Agência / Conta-Corrente:

**1.6 QUALIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PARA ASSINATURA DO CONTRATO:**

Nome completo:

CPF:

RG:

(Local),..... de ..... de 2024.  
REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA  
(Nome, Assinatura, Identificação – CPF)