

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 regulação 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 2ª à 6ª 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 Jose Alexandre, Carapicuíba – SP, CEP:06321-665.

6. CENÁRIO DE REFERÊNCIA

ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	ESTIMATIVA MENSAL	ESTIMATIVA ANUAL
1	<p>MANTA TERMICA MEMBRO SUPERIOR ADULTO</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>MANTA TERMICA NEONATAL CORPO INTEIRO</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	<p>MANTA TERMICA CORPO INTEIRO ADULTO</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>	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 atestação 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.

13.1.3. Certificado de responsabilidade técnica emitido pelo Conselho Regional de Classe, ou o protocolo de assunção desta responsabilidade técnica;

13.1.4. Alvará de licença para estabelecimento (prefeitura);

13.1.5. Licença de funcionamento da Vigilância Sanitária (Estadual ou Municipal);

13.1.6. Autorização de funcionamento Anvisa (Federal).

13.1.7. 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 reprovação) 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>MANTA TÉRMICA MEMBRO SUPERIOR ADULTO</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>MANTA TÉRMICA NEONATAL CORPO INTEIRO</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>MANTA TÉRMICA CORPO INTEIRO ADULTO</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
Total - 09 Equipamentos em Comodato	

Insumos:

Item / Descrição	Quantidade Estimada Mensal	Quantidade Estimada Anual	Valor Unitário	Valor Mensal	Valor Anual
MANTA TERMICA MEMBRO SUPERIOR ADULTO 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\$

MANTA TERMICA NEONATAL CORPO INTEIRO 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\$
MANTA TERMICA CORPO INTEIRO ADULTO 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\$
VALOR TOTAL GERAL				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)