

**PREGÃO PRESENCIAL 29/2018**

**ANEXO I - TERMO DE REFERÊNCIA**

Objeto: Aquisição De Ambulância, Para A Secretaria Municipal De Saúde, Conforme Termo De Compromisso 354670171218193621 Firmado Com O Ministério Da Saúde E Especificações Constantes Do Termo De Referência.

Das especificações dos itens e da estimativa de custos, com base nas cotações prévias realizadas no mercado:

Item	Material	Descrição dos Produtos	Unid.	Quant.	R\$ Unit.	R\$ Global
1	Ambulância	Veículo tipo furgoneta com carroceria em aço ou monobloco e original de fábrica, 0 km, Air-Bag para os ocupantes da cabine, Freio com (A.B.S.) nas 4 rodas, modelo do ano da contratação ou do ano posterior, adaptado para <b><u>ambulância de SIMPLES REMOÇÃO</u></b> . Motor Dianteiro; 4 cilindros; Combustível = gasolina ou gasolina e/ou álcool misturados em qualquer proporção (flex); Potência mínima de 85 cv; Tanque de Combustível: Capac. mínimo = 50 L. Freios e Suspensão. Equipamentos Obrigatórios exigidos pelo CONTRAN; Cabine/Carroceria: Portas em chapa, com revestimento interno em poliestireno, com fechos interno e externo, resistentes e de aberturas de fácil acionamento. Altura interna do veículo deve ser original de fábrica. O pneu estepe não deve ser acondicionado no salão de atendimento. Sistema Elétrico: Original do veículo, com montagem de bateria de no mínimo 60 Ah do tipo sem manutenção, 12 volts. O Sistema elétrico dimensionado para o emprego simultâneo de todos os itens especificados do veículo e equipamentos, quer com a viatura em movimento, quer estacionada, sem risco de sobrecarga no alternador, fiação ou disjuntores. Iluminação: Natural e Artificial. macador Frontal Principal do tipo barra linear ou em formato de arco ou similar, com módulo único e lente inteira ou múltiplas lentes, com comprimento mínimo de 1.000 mm e máximo de 1.300 mm, largura mínima de 250 mm e máxima de 500 mm e altura mínima de 55 mm e máxima de 110 mm, instalada no teto da cabine do veículo. Laudo que comprove o atendimento às normas SAE J575, SAE J595 e SAE J845, no que se refere aos ensaios contra vibração, umidade, poeira, corrosão, deformação e	01	Unid.	105.000,00	105.000,00

		<p>fotometria classe 1, para o Sinalizador Luminoso Frontal Principal. Sinalização acústica com amplificador de potência mínima de 100 W RMS @13,8 Vcc, mínimo de 3 tons distintos, Sistema de megafone com ajuste de ganho e pressão sonora a 01 (um) metro de no mín100 dB @13,8 Vcc; Laudo que comprove o atendimento à norma SAE J1849, no que se refere a requisitos e diretrizes nos Sistemas de sirenes eletrônicas com um único autofalante. Sistema portátil de oxigênio completo, mínimo 3 L. A cabine deve ser com o Sistema original do fabricante do chassi ou homologado pela fábrica para ar Condicionado, ventilação, aquecedor e desembaçador. O compartimento do paciente, deve ser original do fabricante do chassi ou homologado pela fábrica um Sistema de Ar Condicionado e ventilação nos termos do item 5.12 da NBR 14.561. Ventilador oscilante no teto; A Capacidade térmica do Sistema de Ar Condicionado do Compartimento traseiro deve ser de no mínimo 15.000 BTUs. Maca retrátil, em duralumínio; com no mínimo 1.800 mm de comprimento. Provida de Sistema de elevação do tronco do paciente de mínimo 45 graus e suportar peso mínimo de 100 kg. Com colchonete. <b>Deverão ser apresentados: Autorização de Funcionamento de Empresa do Fabricante e Registro ou Cadastramento dos Produtos na Anvisa; Garantia de 24 meses. Ensaio atendendo à norma ABNT NBR 14561/2000 e AMD Standard 004, feito por laboratório devidamente credenciado.</b> A distribuição dos móveis e equipamentos no salão de atendimento deve prever: Dimensionar o espaço interno, visando posicionar, de forma acessível e prática, a maca, bancos, equipamentos e aparelhos a serem utilizados no atendimento às vítimas. As paredes internas, piso e a divisória deverão ser em plástico reforçado com fibra de vidro laminadas ou Acrilonitrila Butadieno Estireno auto-extinguível, ambos com espessura mínima de 3mm, moldados conforme geometria do veículo, com a proteção antimicrobiana, tornando a superfície bacteriostática. Um suporte para soro e plasma; Um pega-mão ou balaústres vertical, junto a porta traseira esquerda, p/ auxiliar no embarque com acabamento na cor amarela. Armário superior p/ objetos, na lateral direita, acima da maca, em ABS auto-extinguível ou compensado naval revestido interna e externamente em material impermeável e</p>				
--	--	---	--	--	--	--

		lavável (fórmica ou similar).Fornecer de vinil adesivo p/ grafismo do veículo, composto por cruzes e palavra Ambulância no capô, vidros laterais e traseiros; <b><u>e as marcas do Governo Federal, SUS e Ministério da Saúde.</u></b>				
<b>TOTAL</b>						<b>105.000,00</b>

Fonte: Média de preços de mercado conforme cotações prévias devidamente juntadas ao processo.

Santa Gertrudes/SP, 21 de novembro de 2018

**Rogério Pascon**  
**Prefeito Municipal**

**PREGAO PRESENCIAL 29/2018**

**ANEXO II – FORMULÁRIO DE PROPOSTA FINANCEIRA**

Item	Materiais	Descrição dos Produtos	Unid.	Quant.	Marca / Modelo	Gara ntia	R\$ Unit.	R\$ Global
01	Ambulância	Veículo tipo furgoneta com carroceria em aço ou monobloco e original de fábrica, 0 km, Air-Bag para os ocupantes da cabine, Freio com (A.B.S.) nas 4 rodas, modelo do ano da contratação ou do ano posterior, adaptado para <b><u>ambulância de SIMPLES REMOÇÃO.</u></b> Motor Dianteiro;4 cilindros; Combustível = gasolina ou gasolina e/ou álcool misturados em qualquer proporção (flex);Potência mínima de 85 cv; Tanque de Combustível: Capac. mínimo = 50 L. Freios e Suspensão. Equipamentos Obrigatórios exigidos pelo CONTRAN; Cabine/Carroceria: Portas em chapa, com revestimento interno em poliestireno, com fechos interno e externo, resistentes e de aberturas de fácil acionamento. Altura interna do veículo deve ser original de fábrica. O pneu estepe não deve ser acondicionado no salão de atendimento. Sistema Elétrico: Original do veículo, com montagem de bateria de no mínimo 60 Ah do tipo sem manutenção, 12 volts. O Sistema elétrico dimensionado para o emprego simultâneo de todos os itens especificados do veículo e equipamentos, quer com a viatura em movimento, quer estacionada, sem risco de sobrecarga no alternador, fiação ou disjuntores. Iluminação: Natural e Artificial. macador Frontal Principal do tipo barra linear ou em formato de arco ou similar, com módulo único e lente inteiraça ou múltiplas lentes, com comprimento mínimo de 1.000	01	Unid.				

		<p>mm e máximo de 1.300 mm, largura mínima de 250 mm e máxima de 500 mm e altura mínima de 55 mm e máxima de 110 mm, instalada no teto da cabine do veículo. Laudo que comprove o atendimento às normas SAE J575, SAE J595 e SAE J845, no que se refere aos ensaios contra vibração, umidade, poeira, corrosão, deformação e fotometria classe 1, para o Sinalizador Luminoso Frontal Principal. Sinalização acústica com amplificador de potência mínima de 100 W RMS @13,8 Vcc, mínimo de 3 tons distintos, Sistema de megafone com ajuste de ganho e pressão sonora a 01 (um) metro de no mín100 dB @13,8 Vcc; Laudo que comprove o atendimento à norma SAE J1849, no que se refere a requisitos e diretrizes nos Sistemas de sirenes eletrônicas com um único autofalante. Sistema portátil de oxigênio completo, mínimo 3 L. A cabine deve ser com o Sistema original do fabricante do chassi ou homologado pela fábrica para ar Condicionado, ventilação, aquecedor e desembaçador. O compartimento do paciente, deve ser original do fabricante do chassi ou homologado pela fábrica um Sistema de Ar Condicionado e ventilação nos termos do item 5.12 da NBR 14.561. Ventilador oscilante no teto; A Capacidade térmica do Sistema de Ar Condicionado do Compartimento traseiro deve ser de no mínimo 15.000 BTUs. Maca retrátil, em duralumínio; com no mínimo 1.800 mm de comprimento. Provida de Sistema de elevação do tronco do paciente de mínimo 45 graus e suportar peso mínimo de 100 kg. Com colchonete. <b>Deverão ser apresentados: Autorização de Funcionamento de Empresa do Fabricante e Registro ou Cadastramento dos Produtos na Anvisa; Garantia de 24 meses.</b></p>						
--	--	--	--	--	--	--	--	--

		<b>Ensaio atendendo à norma ABNT NBR 14561/2000 e AMD Standard 004, feito por laboratório devidamente credenciado.</b> A distribuição dos móveis e equipamentos no salão de atendimento deve prever: Dimensionar o espaço interno, visando posicionar, de forma acessível e prática, a maca, bancos, equipamentos e aparelhos a serem utilizados no atendimento às vítimas. As paredes internas, piso e a divisória deverão ser em plástico reforçado com fibra de vidro laminadas ou Acrilonitrila Butadieno Estireno auto-estinguível, ambos com espessura mínima de 3mm, moldados conforme geometria do veículo, com a proteção antimicrobiana, tornando a superfície bacteriostática. Um suporte para soro e plasma; Um pega-mão ou balaústres vertical, junto a porta traseira esquerda, p/ auxiliar no embarque com acabamento na cor amarela. Armário superior p/ objetos, na lateral direita, acima da maca, em ABS auto-estinguível ou compensado naval revestido interna e externamente em material impermeável e lavável (fórmica ou similar).Fornecer de vinil adesivo p/ grafismo do veículo, composto por cruzeiros e palavra Ambulância no capô, vidros laterais e traseiros; <b>e as marcas do Governo Federal, SUS e Ministério da Saúde.</b>						
<b>TOTAL</b>								

Preços completos, computando todos os custos necessários para o atendimento do objeto desta licitação, bem como todos os impostos, encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais, taxas, fretes e quaisquer outros que incidam ou venham a incidir sobre o objeto licitado, constante desta proposta.

Declaramos que os objetos ofertados pela empresa, atendem, rigorosamente, as características necessárias arroladas no objeto desta licitação e as normas pertinentes.

Dados cadastrais da proponente:

**Dados Cadastrais:**

Razão Social: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefax: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

CNPJ (MF): \_\_\_\_\_

**Inscrição Estadual:** \_\_\_\_\_

**Tipo de Registro: (Registro em Cartório ou Registro na Junta Comercial ou Registro na OAB):**

**Número do Registro:** \_\_\_\_\_

**Data do Registro:** \_\_\_\_\_

**E-mail**  
**INSTITUCIONAL:** \_\_\_\_\_

Dados Bancários: Banco: \_\_\_\_\_; Agência: \_\_\_\_\_; Conta Corrente: \_\_\_\_\_

Condições de pagamento: as notas fiscais processadas pela contabilidade, e atestadas pela unidade requisitante, entre os dias 01 à 10 serão pagas até o dia 20 do mesmo mês, as atestadas entre os dias 11 à 31 serão pagas até o dia 10 do mês subsequente.

Validade da proposta: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) dias corridos (mínimo 60 dias)

**Prazo de entrega: até 60 (sessenta) dias a contar da data da homologação deste certame.**

**Local de entrega:** Prefeitura Municipal de Santa Gertrudes – Rua 01-A, nº 332 - Centro.

**Prazo de garantia:** Discriminar o prazo de garantia.

**Condições de Assistência Técnica: DISCRIMINAR AS CONDIÇÕES;**

**Locais de Assistência Técnica: DISCRIMINAR OS LOCAIS;**

Declaramos que assumimos o fornecimento dos materiais, por nossa conta e risco, ficando sob nossa inteira e exclusiva responsabilidade a entrega do mesmo diretamente na Prefeitura Municipal.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura: \_\_\_\_\_

**PREGÃO PRESENCIAL 29/2018**

**ANEXO III - MODELO DE DECLARAÇÃO DE PLENO ATENDIMENTO AOS  
REQUISITOS DE HABILITAÇÃO**

**DECLARAÇÃO**

À  
Prefeitura do Município de Santa Gertrudes  
Rua 01A, 332, Centro  
**Santa Gertrudes - SP**

A empresa \_\_\_\_\_,  
estabelecida na \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, Telefone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_,  
inscrita com CNPJ \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo seu  
(representante/sócio/procurador) \_\_\_\_\_, portador do RG  
\_\_\_\_\_ e do CPF \_\_\_\_\_, no uso de suas atribuições  
legais, vem:

Declarar, para fins de participação no processo licitatório em pauta,  
sob as penas da Lei, que cumpre plenamente aos requisitos de habilitação.

Por ser verdade assina a presente.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Razão Social da Empresa  
Nome do responsável/procurador  
Cargo do responsável/procurador  
Documento de identidade



**PREGÃO PRESENCIAL 29/2018**

**ANEXO IV - MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO  
IMPEDITIVO**

**DECLARAÇÃO**

À  
Prefeitura do Município de Santa Gertrudes  
Rua 01A, 332, Centro  
**Santa Gertrudes - SP**

A empresa \_\_\_\_\_,  
estabelecida na \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_,  
inscrita com CNPJ \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo seu  
(representante/sócio/procurador) \_\_\_\_\_, portador do RG  
\_\_\_\_\_ e do CPF \_\_\_\_\_, no uso de suas atribuições  
legais, vem:

Declarar, para fins de participação no processo licitatório em pauta,  
sob as penas da Lei, que não se encontra penalizada por declaração de inidoneidade ou  
impedimento de licitar e contratar com quaisquer entes da Administração Pública, e que se  
compromete a comunicar ocorrência de fatos supervenientes.

Por ser verdade assina a presente.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Razão Social da Empresa  
Nome do responsável/procurador  
Cargo do responsável/procurador  
Documento de identidade

**PREGÃO PRESENCIAL 29/2018**

**ANEXO V - MODELO DE DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE PARA COM O  
MINISTÉRIO DO TRABALHO**

**DECLARAÇÃO**

À  
Prefeitura do Município de Santa Gertrudes  
Rua 01A, 332, Centro  
**Santa Gertrudes - SP**

A empresa \_\_\_\_\_,  
estabelecida na \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, Telefone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_,  
inscrita com CNPJ \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo seu  
(representante/sócio/procurador) \_\_\_\_\_, portador do RG  
\_\_\_\_\_ e do CPF \_\_\_\_\_, no uso de suas atribuições  
legais, vem:

Declarar, para fins de participação no processo licitatório em pauta,  
sob as penas da Lei, que está em situação regular perante o Ministério do Trabalho, no que se  
refere à observância do disposto no inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal, e, para  
fins do disposto no inciso V do artigo 27 da Lei Federal 8.666/93, acrescido pela Lei 9.854, de  
27 de outubro de 1999, que não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno,  
perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 (dezesseis) anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de 14 (quatorze) anos, na condição  
de aprendiz (\_\_\_\_). Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima.

Por ser verdade assina a presente.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Razão Social da Empresa  
Nome do responsável/procurador  
Cargo do responsável/procurador  
Documento de identidade

**PREGÃO PRESENCIAL 29/2018**  
**ANEXO VI – MODELO DE DECLARAÇÃO DE MICRO E PEQUENA EMPRESA**

**DECLARAÇÃO**

À  
Prefeitura do Município de Santa Gertrudes  
Rua 01A, 332, Centro  
**Santa Gertrudes - SP**

A empresa \_\_\_\_\_,  
estabelecida na \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, Telefone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_,  
inscrita com CNPJ \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo seu  
(representante/sócio/procurador) \_\_\_\_\_, portador do RG  
\_\_\_\_\_ e do CPF \_\_\_\_\_, no uso de suas atribuições  
legais, vem

Declarar, para fins de participação no processo licitatório em pauta,  
sob as penas da Lei, que é Microempresa (ME) ou Empresa de Pequeno Porte (EPP), nos termos  
da Lei Complementar nº 123/06, estando apta, portanto, a exercer o direito de preferência a que  
faz jus no procedimento licitatório em epígrafe, realizado pela Prefeitura Municipal De Santa  
Gertrudes /SP.

Por ser verdade assina a presente.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Razão Social da Empresa  
Nome do responsável/procurador  
Cargo do responsável/procurador  
Documento de identidade

ESTE DOCUMENTO DEVE SER APRESENTADO A PREGOEIRA NA FASE DE  
CREDENCIAMENTO FORA DOS ENVELOPES Nº 01(PROPOSTA) E 02  
(DOCUMENTAÇÃO)

**PREGÃO PRESENCIAL 29/2018**

**ANEXO VII - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO**

CONTRATANTE: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SANTA GERTRUDES

CONTRATADA: \_\_\_\_\_

CONTRATO Nº (DE ORIGEM): \_\_\_\_\_

OBJETO: Aquisição De Ambulancia, Para A Secretaria Municipal De Saude, Conforme Termo De Compromisso 354670171218193621 Firmado Com O Ministério Da Saúde E Especificações Constantes Do Termo De Referência.

ADVOGADO (S)/ Nº OAB: (\*) \_\_\_\_\_

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

**1. Estamos CIENTES de que:**

- a) o ajuste acima referido estará sujeito a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) Qualquer alteração de endereço – residencial ou eletrônico – ou telefones de contato deverá ser comunicada pelo interessado, peticionando no processo.

**2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:**

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

**LOCAL e DATA:** \_\_\_\_\_

**GESTOR DO ÓRGÃO/ENTIDADE:**

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço residencial completo: \_\_\_\_\_

E-mail institucional \_\_\_\_\_

E-mail pessoal: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Responsáveis que assinaram o ajuste:**

**Pelo CONTRATANTE:**

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço residencial completo: \_\_\_\_\_

E-mail institucional \_\_\_\_\_

E-mail pessoal: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Pela CONTRATADA:**

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço residencial completo: \_\_\_\_\_

E-mail institucional \_\_\_\_\_

E-mail pessoal: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Advogado:**

(\*) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.