

Processo Seletivo Nº 09/2024	Requisição de Proposta (RFP) CONTRATAÇÃO PARA LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS PARA ANÁLISES CLÍNICAS E FORNECIMENTO DE REAGENTES E DEMAIS MATERIAIS NECESSÁRIOS AO FUNCIONAMENTO DO LABORATÓRIO E REALIZAÇÃO DE EXAMES
--	---

Trindade-GO, 07 de outubro de 2024

ERRATA DE REABERTURA DE PRAZOS PARA APRESENTAÇÃO DAS PROPOSTAS CONTRATAÇÃO PARA LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS PARA ANÁLISES CLÍNICAS E FORNECIMENTO DE REAGENTES E DEMAIS MATERIAIS NECESSÁRIOS AO FUNCIONAMENTO DO LABORATÓRIO E REALIZAÇÃO DE EXAMES

PROCESSO SELETIVO Nº 09/2024 – CONTRATAÇÃO PARA LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS PARA ANÁLISES CLÍNICAS E FORNECIMENTO DE REAGENTES E DEMAIS MATERIAIS NECESSÁRIOS AO FUNCIONAMENTO DO LABORATÓRIO E REALIZAÇÃO DE EXAMES

CONSIDERANDO:

A – Que em 25.08.2019 foi outorgado o Contrato de Gestão nº 037/2019 – SES, celebrado com o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Saúde de Goiás, com vistas ao gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde no Hospital Estadual de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HETRIN;

B – Que o IMED iniciou o Processo Seletivo Nº 09/2024 para a contratação para Locação de Equipamentos para Análises Clínicas e Fornecimento de Reagentes e Demais Materiais Necessários ao Funcionamento do Laboratório e Realização de Exames para o Hospital Estadual de Trindade Walda Ferreira dos Santos –



HETRIN;

C – Que o Processo Seletivo N° 011/2024 necessita de prorrogação de prazo para apresentação de propostas em razão de todas as proponentes terem sido desclassificadas e a necessidade de atualizações no Termo de Referência;

D – Informa-se que mantém a obrigatoriedade da apresentação de todos os documentos exigidos no Processo Seletivo N° 09/2024, mesmo que o proponente já tenha apresentado em quaisquer outros momentos;

E – Serve a presente errata, para reabrir o prazo de entrega das propostas de acordo com as condições previstas no Processo Seletivo N° 09/2024, de acordo com o cronograma abaixo:

CRONOGRAMA

Eventos	Prazos	Comentários
Disponibilização da RFP no site do IMED	07/10/2024	Acesso aos interessados
Envio de Questionamentos / Pedido de Esclarecimentos	09/10/2024 Até as 18h	Todas as dúvidas referentes à RFP deverão ser enviadas por e-mail até a data limite
Respostas aos Questionamentos / Pedidos de Esclarecimentos	11/10/2024	As respostas aos eventuais questionamentos ou pedidos de esclarecimentos encaminhados serão divulgadas no sítio eletrônico do IMED: (http://imed.org.br/editais-hospital-estadual-de-trindade/)
Envio das propostas técnica e comercial e documentação	18/10/2024 Até 18hs	Data/Hora limite para envio



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Este procedimento é realizado em cumprimento e observância ao Contrato de Gestão firmado entre o IMED e o ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, e à legislação que rege os contratos de gestão no Estado de Goiás, e encontra-se previsto no Regulamento para os Procedimentos de Compras, Contratação de Obras, Contratação de Serviços e Aliações (“Regulamento de Compras”) para o Hospital Estadual de Trindade - Walda Ferreira dos Santos (HETRIN), o qual pode ser conferido no site do IMED, através do seguinte link:

<https://hospital-hutrin.org.br/wp-content/uploads/2022/01/REGULAMENTO-COMPRAS-H-COMPLETO.pdf>



Trindade-GO, 18 de julho de 2024

REQUISIÇÃO DE PROPOSTA

OBJETO: contratação de pessoa jurídica especializada na **Locação de Equipamentos para Análises Clínicas e Fornecimento de Reagentes e Demais Materiais Necessários ao Funcionamento do Laboratório e Realização de Exames**, para fins de suporte às atividades de gestão desenvolvidas pelo IMED junto ao Hospital Estadual de Trindade - Walda Ferreira dos Santos (HETRIN).

CRONOGRAMA

Eventos	Prazos	Comentários
Disponibilização da RFP no site do IMED	18/07/2024	Acesso aos interessados
Envio de Questionamentos / Pedido de Esclarecimentos	22/07/2024 Até as 18h	Todas as dúvidas referentes à RFP deverão ser enviadas por e-mail até a data limite
Respostas aos Questionamentos / Pedidos de Esclarecimentos	24/07/2024	As respostas aos eventuais questionamentos ou pedidos de esclarecimentos encaminhados serão divulgadas no sítio eletrônico do IMED: (http://imed.org.br/editais-hospital-estadual-de-trindade/)
Envio das propostas técnica e comercial e documentação	31/07/2024 Até 18hs	Data/Hora limite para envio

Este procedimento é realizado em cumprimento e observância ao Contrato de Gestão firmado entre o IMED e o ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, e à legislação que rege os contratos de gestão no Estado de



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Goiás, e encontra-se previsto no Regulamento para os Procedimentos de Compras, Contratação de Obras, Contratação de Serviços e Alienações (“Regulamento de Compras”) para o Hospital Estadual de Trindade - Walda Ferreira dos Santos (HETRIN), o qual pode ser conferido no site do IMED, através do seguinte link:

<https://hospital-hutrin.org.br/wp-content/uploads/2022/01/REGULAMENTO-COMPRAS-H-COMPLETO.pdf>



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



ÍNDICE

1. APRESENTAÇÃO	7
2. OBJETIVO	8
3. DA PARTICIPAÇÃO	8
4. INSTRUÇÕES PARA ELABORAÇÃO E ENVIO DAS PROPOSTAS	9
5. PRAZO DE ENVIO DAS PROPOSTAS.....	9
6. DOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS.....	10
7. JULGAMENTO DAS PROPOSTAS E CONVOCAÇÃO PARA ASSINATURA DO CONTRATO.....	10
8. PRERROGATIVAS DO IMED	11
9. ESCOPO.....	12
10. DO CONTRATO E DO SEU PRAZO DE VIGÊNCIA	13
11. PROPOSTAS.....	13
11.1 Proposta Técnica	13
11.2 Documentos de Habilitação	14
11.3 Proposta Comercial	15
12. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	16
ANEXO I.....	18
ANEXO II.....	34
ANEXO III.....	37



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



1. APRESENTAÇÃO

O **IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO** é uma entidade sem fins lucrativos de apoio à gestão de saúde, qualificado pelo Decreto Estadual nº 8.150, de 23 de abril de 2014, como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, com sede na Rua Itapeva, nº 202, Conj. 33, Bela Vista, São Paulo/SP, CEP.: 01.332-000 (CNPJ/MF nº. 19.324.171/0001-02), e filial em Trindade-GO, à Rua 3, nº 200, Jardim Primavera, CEP.: 75390-334 (CNPJ/MF nº 19.324.171/0004-47).

O IMED se destaca na gestão de serviços e benfeitorias destinados à população e que atua com excelência no desenvolvimento de projetos que proporcionem bem-estar, saúde, cidadania e dignidade às pessoas.

Todo o trabalho é guiado pela busca de uma sociedade mais justa e harmoniosa, pautado por conceitos como humanização e ética e pelo atendimento sem distinções ou classificações. O Instituto não mede esforços para propiciar melhorias em seu ambiente de trabalho e incrementar performances com o único objetivo de proporcionar serviços de grande qualidade aos que deles necessitam.

Dentre seus quadros, o IMED conta com gestores com competência e experiência administrava em logística, recursos financeiros, controle de resultados, planejamento e organização institucional. Além disso, há pessoas dedicadas à assistência social junto à parcela mais carente da população, o que confere à entidade uma visão sistêmica integrada entre excelência técnica, otimização de custos, relacionamento humanizado e responsabilidade social.

Site: <http://imed.org.br/>



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



2. OBJETIVO

O IMED, através desta RFP, torna público o processo seletivo destinado à contratação de pessoa jurídica para **Locação de Equipamentos para Análises Clínicas e Fornecimento de Reagentes e Demais Materiais Necessários ao Funcionamento do Laboratório e Realização de Exames**, para fins de dar suporte às atividades de gestão desenvolvidas pelo IMED junto ao Hospital Estadual de Trindade - Walda Ferreira dos Santos (HETRIN), tendo em conta que o IMED é a organização social responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da referida Unidade de Saúde, conforme Contrato de Gestão firmado com o Estado de Goiás, por intermédio de sua Secretaria de Estado de Saúde (Contrato de Gestão nº **037/2019** – SES / GO).

Busca-se com o presente procedimento identificar no mercado um comparativo técnico e de preços para o objeto desta RFP e do respectivo processo seletivo que se alinhe aos objetivos do IMED frente ao Contrato de Gestão retro mencionado.

3. DA PARTICIPAÇÃO

Podem participar do presente processo seletivo os interessados que atendam a todas as condições e exigências desta RFP e seus Anexos.

Não será admitida neste processo a participação de empresas, na qualidade de proponentes, que:

- a) Estejam reunidas em consórcio e seja controladora, coligada ou subsidiária entre si, qualquer que seja sua forma de constituição;
- b) Empresas em recuperação judicial ou em processo de falência, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação;



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



- c) Estejam com o direito de licitar e contratar com a Administração Pública suspenso, ou que por esta tenham sido declaradas inidôneas; e
- d) Estrangeiras que não funcionem no País.

4. INSTRUÇÕES PARA ELABORAÇÃO E ENVIO DAS PROPOSTAS

Os proponentes deverão elaborar, de forma distinta, uma proposta técnica detalhada e uma proposta comercial para o presente processo seletivo, que, conjuntamente, serão consideradas como sendo suas propostas.

Para elaboração das propostas, deverão os proponentes observar todos os elementos contidos nesta RFP, em especial no Termo de Referência anexo a este documento (Anexo I).

As propostas deverão estar datadas, rubricadas em todas as folhas e, ao final assinadas, sendo aceitas propostas assinadas eletronicamente com certificação digital.

As propostas deverão ser enviadas, junto com todos os documentos exigidos nesta RFP, de forma digitalizada, para o seguinte endereço eletrônico:

Endereço Eletrônico
rfp.hetrin@imed.org.br

5. PRAZO DE ENVIO DAS PROPOSTAS



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



As propostas técnica e comercial deverão ser encaminhadas na forma prevista no item “4” desta RFP, impreterivelmente, até a data e horário previstos no **CRONOGRAMA**. Qualquer proposta enviada fora do prazo aqui mencionado será desconsiderada.

O IMED, por mera liberalidade e a seu critério, poderá prorrogar o prazo previsto para entrega das propostas, mediante comunicado a ser disponibilizado no link do respectivo processo seletivo.

6. DOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS

Os interessados em participar do presente processo seletivo poderão encaminhar pedidos de esclarecimentos acerca desta RFP, até a data e horário previstos no **CRONOGRAMA**, através do envio de e-mail ao endereço eletrônico informado no item “4” desta RFP.

As respostas serão divulgadas no sítio eletrônico do IMED (<http://imed.org.br/editais-hospital-estadual-de-trindade/>), acessando-se o link deste processo seletivo, passando a fazer parte e integrar esta RFP para todos os fins de direito.

7. JULGAMENTO DAS PROPOSTAS E CONVOCAÇÃO PARA ASSINATURA DO CONTRATO

O critério de julgamento das propostas será o definido no ANEXO I – Termo de Referência.

Serão desclassificadas as propostas:

a) Que não atendam às exigências desta RFP e respectivo processo seletivo;



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



- b) Que não apresentem os documentos solicitados, nos termos desta RFP; e
- c) Com preços excessivos ou manifestamente inexequíveis.

Caso sejam detectadas falhas, omissões ou imprecisões na proposta e na documentação da empresa que apresentou o melhor preço, em respeito ao princípio da economicidade e com base no art. 7º, § 2º e art. 8º, § 1º do Regulamento de Compras, fica facultado ao IMED solicitar a correção da falha, apresentação de documentos faltantes ou solicitar esclarecimentos e/ou documentos adicionais, que devem ser apresentados pela proponente em até 02 (dois) dias úteis contados da solicitação.

O resultado deste processo seletivo será divulgado no sítio eletrônico do IMED.

A empresa vencedora deverá, em até 05 (cinco) dias a contar da convocação do IMED, assinar o Contrato ou documento equivalente, bem como apresentar toda a documentação complementar eventualmente solicitada. O prazo para a assinatura do Contrato poderá ser prorrogado a critério do IMED ou por acordo entre as Partes.

Caso a empresa vencedora recuse-se ou não assine o Contrato dentro do prazo acima estipulado, o IMED poderá convocar a segunda colocada ou abrir novo processo de contratação, a critério do IMED e nos termos do Regulamento de Compras.

8. PRERROGATIVAS DO IMED

Dentre outras prerrogativas previstas nesta RFP e no Regulamento de Compras, o IMED reserva-se no direito de, a seu exclusivo critério:

- a) modificar esta RFP, mediante sua republicação ou publicação de erratas;



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



- b) dilatar o prazo para envio das propostas, bem como postergar e investir o tempo que for necessário para análise e conversas posteriores com os proponentes interessados;
- c) a qualquer momento que anteceda a celebração do instrumento contratual, interromper ou cancelar o respectivo processo seletivo, sem que caibam aos proponentes quaisquer direitos, vantagens, ressarcimentos ou indenizações de qualquer ordem;
- d) solicitar qualquer documentação ou informação adicional que julgar necessária para fins de análise das propostas e dos proponentes, como também visando o atendimento das disposições contidas no Regulamento de Compras, mesmo depois de decorridos os prazos indicados neste documento;
- e) negociar com a empresa vencedora do certame, com o intuito de reduzir os preços ofertados e apresentar as melhores condições de fornecimento, nos termos do Art. 9º, § 3º, do Regulamento de Compras; e
- f) solicitar reuniões e visitas técnicas às instalações dos proponentes e, eventualmente, a alguns de seus clientes atuais.

9. ESCOPO

Todas as informações relativas ao objeto do processo seletivo encontram-se dispostas no Anexo I - Termo de Referência, o qual deverá servir de base mínima para elaboração das Propostas Técnica e Comercial dos proponentes.



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



10. DO CONTRATO E DO SEU PRAZO DE VIGÊNCIA

As obrigações decorrentes do presente processo seletivo serão formalizadas através da assinatura de contrato conforme minuta constante no Anexo III, do qual fará parte, independentemente de transcrição, o Termo de Referência desta RFP.

O Instrumento Contratual objeto deste processo seletivo entrará em vigor na data de sua assinatura e vigorará pelo prazo previsto no Anexo I – Termo de Referência, sendo certo que sua vigência não poderá ultrapassar a data de término do Contrato de Gestão firmado entre o IMED e a SES/GO (**24/08/2027**).

O Contrato poderá ser prorrogado, por igual ou diferente período, caso o Contrato de Gestão seja renovado e desde que haja interesse das partes e seja feito por escrito, sempre respeitando-se o limite de vigência dos respectivos Termos Aditivos do Contrato de Gestão.

O contrato poderá ser encerrado automaticamente, sem qualquer ônus, caso haja rescisão do aludido Contrato de Gestão, independente de qual seja o motivo.

11. PROPOSTAS

11.1 Proposta Técnica

Na proposta técnica o proponente deverá descrever os detalhes do serviço ofertado ou do produto oferecido (neste caso incluindo marca, modelo, funcionalidades e número de registro da ANVISA, conforme o caso), e deverá considerar minimamente as condições e especificações descritas não só no escopo contido no Anexo I desta RFP (Termo de Referência), como também em todo o documento.



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Todas as informações solicitadas nesta RFP devem ser observadas e disponibilizadas da forma mais objetiva possível, providenciando-se, ao mesmo tempo, todas as informações necessárias para análise da proposta técnica.

11.2 Documentos de Habilitação

Deverão ser enviados juntamente com as propostas, porém **em arquivo separado**, os seguintes documentos:

- a. Inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – CNPJ (a empresa proponente deverá possuir CNAE compatível com objeto desta contratação);
- b) Última alteração do Contrato ou Estatuto Social, desde que devidamente consolidada, ou Contrato e Estatuto de Constituição acompanhado da última alteração contratual;
- c) Inscrição Estadual ou declaração de isento;
- d) Inscrição Municipal ou declaração de isento, no caso de obras e serviços;
- e) Documentos pessoais dos sócios ou dirigentes (RG e CPF);
- f) Procuração e documentos pessoais (RG e CPF) para o representante da contratada, quando não forem os seus sócios que assinarão o contrato;
- g) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante Certidão Conjunta de débitos relativos a Tributos Federais e da Dívida Ativa da União, que abranja inclusive a regularidade relativa às contribuições previdenciárias e sociais;



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



- h) Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual **de Goiás**, mediante Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Estaduais, **e do Estado em que tem sua sede;**
- i) Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal, mediante Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Municipais, no caso de obras e serviços;
- j) Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, através da apresentação do Certificado de Regularidade do FGTS - CRF;
- k) Prova de regularidade com a Justiça do Trabalho.
- l) Registros e licenças necessárias para execução do objeto desta RFP, especialmente perante o órgão de classe correspondente de sua sede com o respectivo comprovante de regularidade, quando aplicável;
- m) Documentos que comprovem experiência anterior no objeto desta RFP; e
- n) Qualquer outro documento eventualmente requerido no Anexo I – Termo de Referência.

Todos os documentos devem ser emitidos no CNPJ do proponente.

A não apresentação da totalidade dos documentos retro na forma requerida ou ainda a apresentação de documentos vencidos, poderá importar em desclassificação da empresa proponente.

11.3 Proposta Comercial



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Para elaboração da proposta comercial as seguintes orientações devem ser seguidas:

- a) Utilizar o modelo do Anexo II desta RFP;
- b) Todo(s) o(s) preço(s) deve(m) ser exposto(s) em REAIS, em algarismos e por extenso;
- c) O(s) preço(s) deve(m) incluir todos os eventuais dispêndios com salários, leis sociais, trabalhistas, acordos e convenções de trabalhos das respectivas categorias, custos, despesas, alimentação, uniformes, impostos, taxas e contribuições, relacionados à execução do escopo contratado, sendo estritamente vedado, sob qualquer pretexto, o seu repasse ao IMED; e
- d) O prazo de validade da proposta deverá ser indicado e não poderá inferior a 120 (cento e vinte) dias, contados da data de apresentação da mesma.

12. DISPOSIÇÕES FINAIS

É facultado ao IMED, em qualquer fase do presente processo seletivo, promover diligências com o fim de esclarecer ou complementar a instrução do processo

Todos os dispêndios feitos pelo IMED reger-se-ão pelos princípios básicos da moralidade e boa-fé, probidade, impessoalidade, economicidade e eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade e busca permanente de qualidade, eficácia e durabilidade, bem como pela adequação aos objetivos da entidade e do Contrato de Gestão firmado com o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO.

Os casos não previstos nesta RFP ou no Regulamento de Compras para o **Hospital Estadual de Trindade - Walda Ferreira dos Santos (HETRIN)** serão decididos



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



exclusivamente pelo IMED, com a divulgação da respectiva decisão em seu sítio eletrônico.

Integram a presente RFP os seguintes Anexos:

ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA;

ANEXO II – MODELO DE PROPOSTA COMERCIAL

ANEXO III - MINUTA DO CONTRATO.



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO:

Contratação de pessoa jurídica para **Locação de Equipamentos para Análises Clínicas e Fornecimento de Reagentes e Demais Materiais Necessários ao Funcionamento do Laboratório e Realização de Exames**, para fins de suporte às atividades de gestão desenvolvidas pelo IMED junto ao **Hospital Estadual de Trindade - Walda Ferreira dos Santos (HETRIN)**, visando atender às demandas relativas as responsabilidades da instituição junto ao Parceiro Público.

ATENÇÃO: Para apresentação de propostas, a proponente deverá visitar a unidade de saúde objeto deste Termo de Referência para conhecer a capacidade instalada (área física, maquinário, instalações etc.), momento este que será emitido pelo preposto da unidade, o Atestado de Visita Técnica, sendo certo que este documento deverá ser apresentado juntamente com os documentos de habilitação, sob pena de desclassificação.

Para realização da visita técnica a proponente deverá agendar data e hora de comparecimento na unidade por meio do e-mail: rfp.hetrin@imed.org.br.

1.1. A empresa deverá desenvolver os elementos necessários para a adequada prestação do serviço que ora se pretende contratar.

1.2. A prestação dos serviços não gera vínculo empregatício entre os empregados da proponente vencedora e o IMED e, também, com a Administração Pública, vedando-se qualquer relação entre estes que caracterize personalidade e subordinação direta.



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO:

2.1. O IMED é a organização social responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Hospital Estadual de Trindade - Walda Ferreira dos Santos (HETRIN), conforme Contrato de Gestão firmado com o Estado de Goiás, por intermédio de sua Secretaria de Estado de Saúde (Contrato de Gestão nº 037/2029 – SES/GO).

3. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:

A Contratada deverá disponibilizar no mínimo os seguintes Equipamentos para o Laboratório de Análises Clínicas do HETRIN, conforme descrito a seguir:

- Equipamento Analisador Bioquímico;
- Equipamento para Leitura Hematológica;
- Equipamento Analisador de Coagulação;
- Equipamento para Leitura de Gasometria;
- Equipamento Analisador de Eletrólitos.

A Contratada deverá treinar toda a equipe do laboratório para utilização correta dos equipamentos, sempre que solicitado pelo contratante;

A Contratada deverá realizar a instalação, troca de peças e a manutenção preditiva, preventiva e corretiva dos equipamentos, sempre que necessário, sem custo adicional ao contratante.

A Contratada deverá possuir e manter atualizado todos os registros e licenças necessárias para execução dos serviços que serão contratados, bem como ter e manter em seu quadro profissionais com a formação acadêmica necessária à execução dos serviços.

A Contratada deverá realizar manutenções de emergência durante as 24 horas do dia,



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



7 dias por semana, conforme solicitado pela contratante, as manutenções corretivas deverão ser realizadas em até 24 (vinte e quatro horas) da chamada pelo CONTRATANTE.

A Contratada deverá manter nas dependências do Laboratório do HETRIN, os seguintes equipamentos de backup, devendo eles serem idênticos aos em uso, inclusive estando permanentemente calibrados e prontos para uso:

- Equipamentos Analisador Bioquímico;
- Equipamento para Leitura Hematológica;
- Equipamento para Leitura de Gasometria.

Em caso de quebra de equipamento ou problemas que impeçam o funcionamento dos mesmos durante tempo indeterminado, a Contratada deverá substituir o equipamento parado por equipamento reserva e/ou realizar a análise dos exames fora da unidade, sem custos adicionais ao Contratante.

Deverão ser apresentados relatórios mensais das atividades desenvolvidas, nos termos que serão dispostos no respectivo Contrato de Prestação de Serviços.

3.1. ESPECIFICAÇÕES

Segue abaixo as especificações dos Equipamentos a serem disponibilizados para o Laboratório de Análises Clínicas:

- **Equipamento Analisador Bioquímico**

Especificações Técnicas:

- Sistema Aberto;
- Analisador automatizado de acesso randômico;
- Velocidade: 200 testes/hora;



- Amostras por Rack: 24;
 - Máximo de Amostras: 72;
 - Reagentes por Rack: 10;
 - Máximo de Reagentes: 30;
 - Rotor: 120 posições;
 - Consumo de Água: <0,50 litros por hora;
 - Volume Água Destilada: 3.000 ml;
 - Volume Coletor de Resíduos: 3.000 ml;
 - Volume Reagente: 10 ul – 440 ul;
 - Volume Amostra: 3 ul – 40 ul;
 - Volume de Reação: 200 a 800 ul;
 - Cubetas Descartáveis;
 - Realizar no mínimo, os seguintes exames: Ureia, creatinina, Gama GT, amilase, lipase, CKMB, CPK, ácido úrico, bilirrubina total e fração, PCR, perfil lipídico, glicemia, TGO e TGP, Fosfatase Alcalina.
- **Equipamento Analisador de Hematologia**

Especificações Técnicas:

- Sistema aberto;
- Parâmetros: Modo CBC (18 parâmetros) WBC, RBC, HGB, HCT, MCV, RDW, MCH, MCHC, PLT, MPV, PCT, PDW, porcentagem e diferenciação de LYM, MON e GRA;
- Consumíveis: Limpeza Profunda, Controle e Calibrador;
- Menu simples e fácil;
- Ciclo de análise total;
- Apenas 3 reagentes (diluente, lisante e agente de limpeza);



- Interface monodirecional (RS232) incluindo gráficos;
- Impressão das contagens e de três histogramas: série vermelha, série branca e plaquetas;
- Contagem diferencial de 5 partes (linfócitos, monócitos, neutrófilos, eosinófilos e basófilos);
- Alarmes patológicos da série vermelha, branca e plaquetas; e para falhas de contagem;
- Capacidade de memória: Último resultado (com curvas) ou 78 resultados (memória opcional de cartão inteligente)

- **Equipamento Analisador de Coagulação**

Especificações Técnicas:

- Sistema aberto;
- Realiza: TP, TTPA, TAP, Fibronogênio, TT, Fatores, SPA, Anti-XA, Proteína C, Proteína S, Anticoagulante Lúpico;
- 16 canais de incubação (37°C) e 4 canais de leitura;
- Capacidade de carregamento de 1.000 cubetas por vez com código de barras e monitorada pelo sistema;
- Curva de calibração armazenada e impressa para cada parâmetro;
- Gerenciamento do Controle de Qualidade (número do lote, volume, estabilidade, datas de vencimento);
- Sistema eletromagnético para detecção do coágulo;
- Resultados liberados em Seg., INR, %, Rácio, Mg/dl, IU/ml, g/l;
- Testes pré-programáveis configurados;
- Interface monodirecional (RS 232).

- **Equipamento Para Leitura de Gasometria**

Especificações Técnicas:

- Sistema aberto;
- Aparelho com Eletrodos, de baixa manutenção e com trocas individuais;
- Sem utilização de Cartucho/Pack;
- Parâmetros: pH, pCO₂, Na⁺, Ca⁺⁺, Cl⁻, K⁺, Hct, Lactato;
- Tempo para resultados: Os resultados são apresentados em aproximadamente 50 segundos;
- Interface (RS232) com 2 portas;
- Calibração: Calibração de 1-ponto a cada 30/60 minutos; Calibração 2-pontos a cada 2/4 horas (Sem HTC);

- **Equipamento Para Leitura de Eletrólitos**

Especificações Técnicas:

- Sistema aberto;
- Realiza exames de Sódio (Na), Potássio (K), Cloro (Cl), Lítio (Li) e Cálcio (Ca²⁺);
- Eletrodos sem manutenção;
- Volume da amostra: 95 µL;
- Tipo de amostra: Sangue total, soro, plasma, urina diluída, dialisados, soluções aquosas e controle da qualidade;
- Aspiração da amostra de tubo primário, seringa, ampola de controle da qualidade ou capilar (com adaptador);
- Tempo de Análise: 50 segundo, 60 amostras/hora sem impressão ou 45 amostras/hora com impressão;
- Reagentes e lixo na forma de pack evitando contato com material



biológico;

- Simplicidade na operação;
- Baixa manutenção do equipamento.

3.2. MENSALMENTE A CONTRATADA DEVERÁ FORNECER A RELAÇÃO DE INSUMO ABAIXO LISTADOS DE MANEIRA A PERMITIR O PERFEITO FUNCIONAMENTO DOS EQUIPAMENTOS E A EXECUÇÃO DOS EXAMES NECESSÁRIOS A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO HETRIN. OS VALORES DOS INSUMO DEVERÃO FAZER PARTE DA PROPOSTAS:

EQUIPAMENTO PARA LEITURA HEMATOLOGICA				
Item	Descrição	Metodologia	Apresentação (ml)	Qtd
1	Diluyente	-	20 L	6
2	Lyse	-	1L	6
3	Cleanner	-	1L	6
4	Autodespro	-	1L	1
5	Controle Hemato 3P	-	-	3

EQUIPAMENTO PARA LEITURA HEMATOLOGICA				
Item	Descrição	Metodologia	Apresentação (ml)	Qtd
1	Diluyente	-	20 L	4
2	Lyse	-	500 ml	2
3	Probe Cleanner	-	50 ml	1
4	Controle Hemato 3P	-	-	2

EQUIPAMENTO ANALISADOR DE COAGULAÇÃO				
Item	Descrição	Metodologia	Apresentação (ml)	Qtd
1	TP Reagente	Coagulometria	10 x 2	3



2	TTPA Reagente	Coagulometria	6 x 2,5 + 4 x 4	3
3	Biocontrol Coagulação N	Plasma Controle Normal Coagulação	3 x 1	2
4	Biocontrol Coagulação P	Plasma Controle Patológico Coagulação	3 x 1	2
5	Cuveta Start4	-	-	320
6	Pipeta Finntip	-	-	4
7	Papel Térmico	-	-	2

EQUIPAMENTO ANALISADOR DE BIOQUIMICA				
Item	Descrição	Metodologia	Apresentação (ml)	Qtd
3	Amilase Cinética	Cinética CNPG	60	2
4	Bilirrubina Direta Automação	Colorimétrica DCA	50	4
5	Bilirrubina Total Automação	Colorimétrica DCA	50	4
7	CK-Nac UV	Cinética UV	50	3
8	CKMB UV	Cinética UV	50	2
10	Creatinina Cinética	Cinética de Tempo fixo	200	3
11	Fosfatase Alcalina	Cinética	120	2
12	Fósforo UV	UV de ponto final	100	1
13	Gama GT	Cinético	60	4
14	Glicose Monorreagente	Enzimática	500	2
15	Lactato	Enzimática UV	50	3
16	LDH UV	Cinética UV	60	1
17	Lipase	Enzimática	50	1
18	Magnésio Monorreagente	Colorimétrica	200	2
19	Proteínas Totais Mono	Biureto	250	1
20	TGO	Cinética	100	3
21	TGP	Cinética	100	3
23	Uréia UV	Cinética UV	200	3

24	Biocal Liofilizado	Soro Calibrador Bioquímica	5	3
25	Biocontrol N Liofilizado	Soro Controle Bioquímica	5	4
26	Biocontrol P Liofilizado	Soro Controle Bioquímica	5	4
27	Solução Limpeza Concentrada	-	-	2
28	Líquido Sistema	-	-	1
29	Multicontrol	-	-	4
30	Proteína C Reativa (cal)	Turbidimetria	50	17
31	Rotor	-	-	2
32	Cubeta	-	-	100
33	Solução de Limpeza de Células	-	-	8
34	Solução de Limpeza de Equipamentos Automatizados	-	-	1

EQUIPAMENTO PARA LEITURA DE GASOMETRIA

Item	Descrição	Metodologia	Apresentação (ml)	Qtd
1	Solução Wash	-	450	8
2	Solução Buffer	-	370 + 90	8
3	Controle Mission	-	10x3	2
4	Pack Gem Premier 450	-	-	2
5	CVP Gem Premier	-	-	1

EQUIPAMENTO ANALISADOR DE ELETRÓLITOS

Item	Descrição	Metodologia	Apresentação (ml)	Qtd
1	Pack	-	-	4
2	Papel Térmico	-	-	8
3	Solução Condicionadora	-	-	1
4	Solução de Limpeza	-	-	1



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Exames Laboratório de Apoio – Sob Demanda
Anti HBS
HBC TOTAL IGG
HBC TOTAL IGM
HEPATITE B HBEAG
ANTI HBE
T3 LIVRE
T4 LIVRE
TSH
FSH
PSA TOTAL E LIVRE
PROGESTERONA
TESTOSTERONA
HEMOGLOBINA GLICADA
CULTURA DE URINA COM ANTIBIOGRAMA
HEMOCULTURA AERÓBIOS E ANAERÓBIOS
CULTURA COM ANTIBIOGRAMA
CULTURA DE VIGILÂNCIA (SECREÇÕES SWAB NASAL, SWAB ANAL, SWAB DE FEZES, SWAB ORAL, CATETER, SWAB DE FERIDAS, LÍQUIDO PLEURAL
EPF – PARASITOLÓGICO SERIADO
FERRO
FERRITINA
WESTERN BLOT – CONFIRMATÓRIO DE HIV
CHAGAS IGG
CHAGAS IGM
ELISA CONFIRMATÓRIO PARA HEPATITES
ELETOFORESE DE PROTEÍNAS
ELETOFORESE DE HEMOGLOBINA
VHS – VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO



D-DIMERO
RETICULÓCITOS – CONTAGEM
VITAMINA D 1,25 DIHIDROXI
BAAR – BACTERIOSCÓPICO EM ESCARRO
VDRL
FTA-ABS IGG
FTA-ABS IGM
TOXOPLASMOSE IGG
TOXOPLASMOSE IGM
CITOMEGALOVÍRUS IGG
CITOMEGALOVÍRUS IGM
FAN
COMMBS DIRETO
COMMBS INDIRETO
BIOPSIAS DE ANATOMOPATOLÓGICOS
IMUNOHISTOQUÍMICA

4. CONTROLE DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:

4.1. O IMED deverá acompanhar e fiscalizar a conformidade da prestação dos serviços e da alocação dos recursos necessários, de forma a assegurar o perfeito cumprimento de ajuste.

4.2. A verificação da adequação da prestação do serviço deverá ser realizada com base nos critérios previstos neste Termo de Referência e no respectivo contrato de prestação de serviço.

4.3. A fiscalização indicada ao item 4.1 retro não exclui nem reduz a responsabilidade da empresa que será contratada, inclusive perante terceiros, por



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



qualquer irregularidade, ainda que resultante de imperfeições técnicas, vícios redibitórios, ou emprego de material inadequado ou de qualidade inferior e, na ocorrência desta, não implica em corresponsabilidade do IMED ou de seus agentes e prepostos.

5. OBRIGAÇÕES:

5.1. O descumprimento das obrigações dispostas no contrato de prestação de serviços poderá ensejar na aplicação das penalidades ne previstas

6. PRAZO ESTIMADO DE INÍCIO DOS SERVIÇOS: 05 DIAS CONTADOS DA ASSINATURA DO CONTRATO

7. PRAZO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO: 24/08/2027

8. CRITÉRIO DE JULGAMENTO DAS PROPOSTAS: Menor preço global mensal

9. EXPERIÊNCIA ANTERIOR: Deverá a proponente comprovar experiência na execução do objeto da RFP e deste Termo de Referência, sendo certo que tais documentos deverão ser apresentados juntamente com os documentos de habilitação, sob pena de desclassificação.

10. DO PAGAMENTO

Serviços: Os pagamentos serão realizados até o dia 15 do mês subsequente a prestação dos serviços, mediante emissão e entrega da respectiva nota fiscal e relatório mensal de atividades, e desde que o IMED tenha recebido o repasse do Estado de Goiás o valor do custeio/repasse correspondente ao mês em que os serviços foram prestados, do que o proponente, desde já, fica ciente e concorda.



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Service Level Agreement – SLA (Contrato de Nível de Serviço)

Os serviços objeto dessa contratação serão avaliados mensalmente pela contratante através da análise dos indicadores de tempo e performance estabelecidos nas tabelas abaixo.

Quanto aos tempos de resposta a análise será realizada por representante da Contratante, de forma objetiva: caso o indicador seja cumprido, recebe a nota única do indicador; caso o indicador não seja cumprido, parcial ou integralmente, receberá nota “0”.

Quanto à performance, a avaliação será realizada por representante da Contratante que aplicará as notas de acordo com a tabela de referência.

Mensalmente, caso ocorra o não atingimento dos SLA's, a Contratada deverá apresentar em 02 (dois) dias úteis após o recebimento do Relatório/Avaliação Mensal dos SLA's, Plano de Ação para correção dos indicadores não cumpridos. O somatório das notas e a faixa de desconto ocorrerá conforme o quadro abaixo, sendo o desconto realizado no valor total faturado, mensalmente:

PONTUAÇÃO ATINGIDA	DESCONTO GLOBAL
de 22 a 23	0
de 19 a 21	5%
de 16 a 18	10%
Se \leq 15	15%

Tempo de Respostas:

A Contratante analisará o tempo de resposta da Contratada seguindo os dois parâmetros:



- Tempo entre solicitação (pedido) e coleta do material a ser analisado;
- Tempo entre coleta do Material e disponibilização do resultado/laudo.

A partes utilizarão como parâmetro os dados fornecidos pelo sistema de prontuário eletrônico (ou outro definido pela Contratante) disponível na instituição, analisando os horários das solicitações (pedidos), os horários das coletas, o tempo de análise dos materiais e os horários dos resultados/laudos.

Quadro tempo de resultado/laudo dos exames:

ORIGEM DO ATENDIMENTO	TIPO DO ATENDIMENTO	MÉTODO DIAGNÓSTICO	RESULTADO (A PARTIR DA COLETA)	OBSERVAÇÃO	SLA
INTERNO	URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	RESULTADOS CRÍTICOS*	< 30 MINUTOS	*CONFORME PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO DE RESULTADOS CRÍTICOS	2
INTERNO	URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	ANÁLISES BIOQUÍMICAS	< 120 MINUTOS	-	0,5
INTERNO	URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	ANÁLISES HEMATOLOGICAS/HEMOSTASIA	< 120 MINUTOS	-	0,5
INTERNO	URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	ANÁLISES SOROLÓGICAS E IMUNOLÓGICAS	< 120 MINUTOS	-	0,5
INTERNO	URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	ANÁLISES DE UROANÁLISE	< 120 MINUTOS	-	0,5
INTERNO	INTERNAÇÃO	ANÁLISES MICROBIOLÓGICAS	< 7 DIAS	-	0,5
INTERNO	INTERNAÇÃO	ROTINAS DIÁRIAS	< 360 MINUTOS	-	0,5
EXTERNO	ELETIVO	ANÁLISES BIOQUÍMICAS	< 4 DIAS	-	0,1
EXTERNO	ELETIVO	ANÁLISES HEMATOLOGICAS/HEMOSTASIA	< 4 DIAS	-	0,1
EXTERNO	ELETIVO	ANÁLISES SOROLÓGICAS E IMUNOLÓGICAS	< 4 DIAS	-	0,1
EXTERNO	ELETIVO	ANÁLISES COPROLÓGICAS	< 4 DIAS	-	0,1
EXTERNO	ELETIVO	ANÁLISES DE UROANÁLISE	< 4 DIAS	-	0,1
EXTERNO	ELETIVO	ANÁLISES HORMONAIAS	< 4 DIAS	-	0,4
EXTERNO	ELETIVO	ANÁLISES TOXICOLÓGICAS E DE MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA	< 4 DIAS	-	0,5
EXTERNO	ELETIVO	ANÁLISES MICROBIOLÓGICAS	< 7 DIAS	-	0,5
EXTERNO	ELETIVO	ANÁLISES DE LÍQUIDOS BIOLÓGICOS	< 4 DIAS	-	0,5
EXTERNO	ELETIVO	ANÁLISES EM GENÉTICA	< 4 DIAS	-	0,2
EXTERNO	ELETIVO	ANÁLISES PARA TRIAGEM NEONATAL	< 4 DIAS	-	0,2
EXTERNO	ELETIVO	ANÁLISES IMUNOHEMATOLÓGICAS	< 4 DIAS	-	0,2
AMBOS	AMBOS	ANATOMIA PATOLÓGICA	< 10 DIAS	-	0,5
AMBOS	AMBOS	ANÁLISES EM IMUNOHISTOQUÍMICA	< 15 DIAS	-	0,5
AMBOS	AMBOS	CITOPATOLGIA	< 07 DIAS	-	0,5
AMBOS	AMBOS	TESTE COVID-19 RT-PCR	< 03 DIAS	-	0,5
TOTAL SLA					10



Performance:

A Contratante analisará a *performance* da Contratada de acordo com o quadro abaixo:

DESCRIÇÃO	INDICADOR	NOTA	SLA
Equipamentos e insumos	Equipamentos e insumos conformes durante o período	1	1
	Equipamentos e insumos com não conformidade no período <24h	0,5	
	Equipamentos e insumos com não conformidade no período >24h	0	
Laudos emitidos com erros	Até 0 laudos/mês	1	1
	> 0 e < 2 laudos/mês	0,5	
	≥ 3 laudos/mês	0	
Percentual de manifestações queixosas sobre o laboratório recebidas nas pesquisas internas de satisfação	≤ 5% dos pacientes pesquisados	1	1
	> 5% e < 7% dos pacientes pesquisados	0,5	
	≥ 8% dos pacientes pesquisados	0	
		TOTAL SLA ESPERADO	3

Equipamentos e Insumos com erros:

Conceituação: Analisa se os equipamentos e insumos atendem os requisitos para atender a demanda da unidade de saúde

Fórmula: [Contagem de equipamentos e insumos com quaisquer erros no mês].

Laudos emitidos com erros:

Conceituação: Analisa se o processo de análise e emissão de laudos atendem aos requisitos mínimos de qualidade e segurança do paciente.

Fórmula: [Contagem de laudos emitidos com quaisquer erros no mês].

Percentual de manifestações queixosas sobre o laboratório recebidas nas



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



pesquisas internas de satisfação:

Conceituação: Analisa a satisfação dos pacientes em relação ao enxoval disponibilizado pela unidade hospitalar.

Fórmula: [Número de manifestações queixosas recebidas nas pesquisas internas / Total de pesquisas realizadas mensalmente].

Importante: para todos os indicadores, considera-se "período" o mês fechado.



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



ANEXO II

MODELO DE PROPOSTA COMERCIAL

AO
IMED - Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento

Prezados Senhores,

Vimos pela presente apresentar nossa Proposta Comercial para atender à Requisição de Oferta **RFP 09/2024** para a **Locação de Equipamentos para Análises Clínicas e Fornecimento de Reagentes e Demais Materiais Necessários ao Funcionamento do Laboratório e Realização de Exames**, voltado para dar suporte às atividades de gestão pelo IMED junto ao Hospital Estadual de Trindade - Walda Ferreira dos Santos (HETRIN).

A - DADOS DO FORNECEDOR

Razão Social:	
CNPJ/CPF:	
Inscrição Estadual:	
Endereço:	
Telefone:	
E-mail:	
Contato:	
Dados Bancários:	

B – PROPOSTA DE PREÇOS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
EQUIPAMENTO PARA LEITURA HEMATOLOGICA	2		



EQUIPAMENTO ANALISADOR DE COAGULAÇÃO	1		
EQUIPAMENTO ANALISADOR DE BIOQUIMICA	1		
EQUIPAMENTO PARA LEITURA DE GASOMETRIA	1		
EQUIPAMENTO ANALISADOR DE ELETRÓLITOS	1		
TOTAL	6		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Anti HBS	1		
HBC TOTAL IGG	1		
HBC TOTAL IGM	1		
HEPATITE B HBEAG	1		
ANTI HBE	1		
T3 LIVRE	1		
T4 LIVRE	1		
TSH	1		
FSH	1		
PSA TOTAL E LIVRE	1		
PROGESTERONA	1		
TESTOSTERONA	1		
HEMOGLOBINA GLICADA	1		
CULTURA DE URINA COM ANTIBIOGRAMA	1		
HEMOCULTURA AERÓBIOS E ANAERÓBIOS	1		
CULTURA COM ANTIBIOGRAMA	1		
CULTURA DE VIGILÂNCIA (SECREÇÕES SWAB NASAL, SWAB ANAL, SWAB DE FEZES, SWAB ORAL, CATETER, SWAB DE FERIDAS, LÍQUIDO PLEURAL	1		
EPF – PARASITOLÓGICO SERIADO	1		
FERRO	1		
FERRITINA	1		
WESTERN BLOT – CONFIRMATÓRIO DE HIV	1		
CHAGAS IGG	1		
CHAGAS IGM	1		



ELISA CONFIRMATÓRIO PARA HEPATITES	1		
ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	1		
ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	1		
VHS – VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO	1		
D-DIMERO	1		
RETICULÓCITOS – CONTAGEM	1		
VITAMINA D 1,25 DIHIDROXI	1		
BAAR – BACTERIOSCÓPICO EM ESCARRO	1		
VDRL	1		
FTA-ABS IGG	1		
FTA-ABS IGM	1		
TOXOPLASMOSE IGG	1		
TOXOPLASMOSE IGM	1		
CITOMEGALOVÍRUS IGG	1		
CITOMEGALOVÍRUS IGM	1		
FAN	1		
COMMBS DIRETO	1		
COMMBS INDIRETO	1		
BIOPSIAS DE ANATOMOPATOLÓGICOS	1		
IMUNOHISTOQUÍMICA	1		
TOTAL	1		

A validade da proposta é de **120 (cento e vinte)** dias a contar de sua apresentação.

O preço ofertado inclui todos os custos e despesas diretos ou indiretos inerentes à completa execução do objeto, incluindo custos de pessoal, encargos trabalhistas, previdenciários, securitários, impostos e tributos de qualquer natureza.

O proponente declara aceitar e cumprir com todos os requisitos da RFP, e que os preços propostos contemplam todas as atividades e obrigações previstas no Anexo I – Termo de Referência da RFP, sendo que nenhum valor adicional será cobrado do IMED pelas mesmas.

Local e data.

Representante Legal



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



A N E X O III

MINUTA DO CONTRATO

CONTRATO DE LOCAÇÃO Nº XX/20XX

QUADRO RESUMO
A) PARTES (i) Locatária: IMED – Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento CNPJ/MF nº [REDACTED] Endereço: [REDACTED] (ii) Locadora: Nome: [REDACTED] CNPJ/MF nº [REDACTED] Endereço: [REDACTED]
B) OBJETO:
C) PRAZO DE VIGÊNCIA: 12 (doze) meses contados de sua assinatura, com prorrogação automática, até o fim do Contrato de Gestão firmado entre a Locatária e a Secretaria de Estado de Saúde de Goiás (SES/GO) ou de novo contrato de gestão que o venha suceder.
D) PRAZO DE INSTALAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS:
E) LOCAL DE ENTREGA/INSTALAÇÃO:
F) PREÇO MENSAL DA LOCAÇÃO: R\$ [REDACTED] ([REDACTED]).



G) MULTAS APLICÁVEIS À LOCADORA: Atraso na entrega dos Equipamentos, ou no reparo ou substituição de Equipamentos defeituosos: 1% (um por cento) do preço mensal da locação do Equipamento, por dia de atraso.

H) COMUNICAÇÃO ENTRE AS PARTES:

1) Para a LOCATÁRIA:

- Nome:

- E-mail: _____

- Telefone: (__) _____

2) Para a LOCADORA:

- Nome:

- E-mail: _____

- Telefone: (__) _____

I) Anexos:

(a) Anexo I – Termo de Referência;

(b) Anexo II – Proposta Comercial; e

(c) Anexo III – Proposta Técnica.

Considerando que a referida contratação faz-se necessária para fins de dar suporte às atividades de gestão desenvolvidas pelo IMED junto ao Hospital _____, tendo em conta que o **LOCATÁRIA** é a organização social responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da referida Unidade de Saúde, conforme Contrato de Gestão firmado com o Estado de Goiás, por intermédio de sua Secretaria de Estado de Saúde (Contrato de Gestão nº _____ – SES / GO);

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, as Partes qualificadas no **Item A do QUADRO RESUMO** tem entre si justo e acordado, o presente **CONTRATO DE LOCAÇÃO** (“Contrato”), em conformidade com as seguintes cláusulas e condições, bem como pela legislação vigente, e que mutuamente outorgam, aceitam e se obrigam a cumprir, por si e seus eventuais sucessores.

CLÁUSULA I – OBJETO

1.1 - O objeto do presente contrato será a locação pela **LOCADORA** à **LOCATÁRIA** dos Equipamentos listados e especificados no **Item B do QUADRO RESUMO** (“Equipamentos”), visando dar suporte às atividades de gestão desenvolvidas pelo **IMED** junto ao Hospital **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**.

1.2 – A **LOCADORA** declara neste ato que é legítima proprietária dos Equipamentos e que estes estão livres e desembaraçados de quaisquer ônus e de acordo com todas as normas vigentes, e serão entregues com todas as partes, peças e acessórios necessários para seu uso, adequados aos fins a que se destinam.

1.3. – Estão incluídas no escopo do Contrato, sem ônus adicional para a **LOCATÁRIA**, a montagem e instalação dos Equipamentos, quando necessário, bem como a manutenção corretiva dos



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Equipamentos e a assessoria técnica sobre os Equipamentos, sempre que solicitado pela **LOCATÁRIA**, e a manutenção preventiva a cada 06 (seis) meses, salvo se a legislação vigente, as normas técnicas aplicáveis ou as orientações do fabricante determinem manutenções em periodicidade inferior, quando tal periodicidade deve ser respeitada. Todos os serviços de manutenção serão objeto de relatórios específicos fornecidos pela **LOCADORA** à **LOCATÁRIA** na mesma data de realização da manutenção.

1.4. – A **LOCADORA** oferecerá, sempre que solicitado pela **LOCATÁRIA**, treinamento ao pessoal indicado pela **LOCATÁRIA**, para operar os Equipamentos.

1.5. - A **LOCADORA** declara, expressamente, ser legalmente habilitado para a execução do objeto deste Contrato e que possui capacidade técnica e operacional, além de mão-de-obra qualificada e experiência suficiente para atender às necessidades da **LOCATÁRIA**. A **LOCADORA** declara ainda neste ato, estar completamente apta e capaz tecnicamente para garantir a qualidade e eficácia dos Equipamentos, e que cumpre rigorosamente e integralmente todos os requisitos e exigências contidas nas normas, portarias, resoluções e regulamentações técnicas pertinentes, atuando em estrita observância às legislações vigentes.

1.6. – Integram o presente Contrato para todos os fins, os anexos previstos no **ITEM I do QUADRO RESUMO**.

1.6.1. - Em caso de conflito entre o disposto neste Contrato e seus anexos, prevalecerão os termos e condições deste Contrato. Em caso de divergência entre os anexos, eles prevalecerão na ordem em que estão listados.

CLÁUSULA II – DO LOCAL, DO PRAZO E DA FORMA DA ENTREGA E RETIRADA DOS EQUIPAMENTOS

2.1 – Os Equipamentos deverão ser entregues pela **LOCADORA** no local indicado no **ITEM E do QUADRO RESUMO**, montados e instalados, quando necessário, no prazo indicado no item **ITEM D do QUADRO RESUMO**.

2.2. – Caso a **LOCATÁRIA** não receba, em todo ou em parte, os Equipamentos dentro do prazo e no local acima estabelecidos em conformidade com as especificações e quantidades indicadas neste Contrato, deverá comunicar a **LOCADORA**, por qualquer modo escrito, podendo aplicar à **LOCADORA** multa não compensatória prevista no **ITEM G do QUADRO RESUMO**, sendo o valor descontado de qualquer pagamento devido por força deste ou de outros contratos ou obrigações existentes entre as Partes ou cobrada judicial ou extrajudicialmente pela **LOCATÁRIA**.

2.2.1. – A penalidade estabelecida na Cláusula 2.2, acima, tem caráter não compensatório, não isentando a **LOCADORA** do cumprimento de quaisquer de suas obrigações previstas neste Contrato, especialmente a de entregar os Equipamentos em atraso, bem como da obrigação de indenizar integralmente a **LOCADORA** pelos danos decorrentes do atraso, e não prejudica o direito da **LOCADORA** de, a seu critério, dar por rescindido o presente Contrato.

2.3. - A **LOCADORA** deverá se responsabilizar pelo transporte dos Equipamentos sem qualquer custo ou despesa para a **LOCATÁRIA**, assegurando-se não só a integridade, como também as suas condições de esterilidade, conservação, manipulação e rastreabilidade.



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



2.4. - A entrega dos Equipamentos, somente será considerada cumprida quando do efetivo recebimento e aceitação do(s) mesmo(s) pela **LOCATÁRIA**. Porém, o recebimento e/ou a aceitação dos Equipamentos pela **LOCATÁRIA** não modifica, restringe ou elide a plena responsabilidade da **LOCADORA** quanto à sua entrega nas condições contidas neste Contrato e em seus anexos, nem invalida qualquer reclamação que a **LOCATÁRIA** venha a fazer em virtude de posterior constatação de unidade defeituosa ou fora de especificação, garantida a faculdade de troca/reparação, sem qualquer custo ou despesa para a **LOCATÁRIA**.

2.5. – Será de inteira responsabilidade da **LOCADORA** a entrega dos Equipamentos, acondicionados em perfeito estado de conservação e de utilização para os fins aos quais se destinam, nos exatos termos das suas especificações técnicas.

2.6. – A **LOCADORA** declara ter ciência de que a **LOCATÁRIA** exerce atividade essencial à saúde pública e que os Equipamentos são essenciais ao atendimento de tal finalidade e, portanto, a **LOCADORA** não poderá suspender a execução de suas obrigações contratuais sob qualquer hipótese.

2.7. – Não será admitida justificativa de atraso na entrega dos Equipamentos que tenha como fundamento o não cumprimento da sua entrega ou da entrega de suas partes e peças pelos fornecedores da **LOCADORA**.

2.8. – Após o encerramento do presente Contrato, a **LOCADORA** deverá retirar os Equipamentos no local especificado na Cláusula 2.1, arcando com todos os custos decorrentes, inclusive pela sua desmontagem e instalação, e os custos de transporte, sempre em data e horário previamente acordados com a **LOCATÁRIA**, com antecedência mínima de **10 (dez) dias**.

CLÁUSULA III – DO VALOR DA LOCAÇÃO

3.1. – O valor mensal total da locação é o previsto no **ITEM F do QUADRO RESUMO**.

3.1.1 - No valor da locação estão incluídos todos os custos, despesas, contingências e atividades necessárias à boa e fiel execução deste Contrato, incluindo, mas não se limitando ao transporte dos Equipamentos, seguros, todos os encargos sociais e previdenciários, tributos, contribuições parafiscais, despesas diretas e indiretas, benefícios, lucro e todos e quaisquer demais ônus que incidam sobre o escopo do Contrato.

3.2. - Os pagamentos serão realizados mensalmente e iniciados 30 (trinta) dias a contar da efetiva entrega dos Equipamentos no local e nas condições definidas na Cláusula II, condicionados ao aceite da **LOCATÁRIA** dos Equipamentos e à apresentação dos competentes documentos de cobrança e mediante transferência bancária em favor da **LOCADORA**, cujos dados encontra-se abaixo:

Dados Bancários: **BANCO xxxx / AG.: xxxxxxxxxxxx / C.C.: xxxxxxxx.**

3.2.1. – O recibo de locação deverá ser emitido no CNPJ da filial da **LOCATÁRIA** indicada no **ITEM A do QUADRO RESUMO**.

3.2.2. – O frete dos instrumentais, tanto para envio como para retorno, ficará a cargo da **LOCADORA**, devendo o mesmo ser especificado no Recibo de Locação.

3.3. - Todos os pagamentos estão condicionados à apresentação das certidões negativas de débitos válidas e sem pendências (exceto nos casos das certidões positivas com efeitos de negativas), quais sejam: federal conjunta, estadual, municipal, FGTS e trabalhista, e também, se e quando aplicável, do



relatório das atividades desempenhadas no mês de apuração.

3.4. – O pagamento da locação está condicionado a que a **LOCADORA** tenha cumprido com todas as suas obrigações decorrentes do Contrato, incluindo as devidas manutenções, treinamentos e assessorias técnicas, e que os Equipamentos estejam plenamente funcionais e disponíveis para uso da **LOCATÁRIA**.

3.5. - A **LOCADORA** está ciente de que os pagamentos devidos por força deste Contrato estão condicionados ao repasse da verba necessária pela Secretaria de Estado de Saúde (SES/GO) à **LOCATÁRIA**. No caso de a Secretaria de Estado de Saúde (SES/GO) atrasar o repasse de um ou mais repasse(s)/custeio(s) mensal(is), o pagamento deverá ser disponibilizado à **LOCADORA** em até 10 (dez) dias úteis da regularização das pendências financeiras pelo Estado de Goiás, e a antes desse prazo a **LOCATÁRIA** não será considerada inadimplente, não se aplicando o disposto na cláusula **3.6**, abaixo, restando vedado à **LOCADORA** emitir duplicatas e/ou realizar protestos e cobrar tais valores, tanto por meio extrajudicial, como judicial, suspender ou rescindir o Contrato.

3.6. - Atrasos de pagamento por culpa exclusiva e comprovada da **LOCATÁRIA** acarretarão a incidência de correção monetária pela variação do IPCA e juros moratórios de 0,5% (meio por cento) ao mês, que serão calculados proporcionalmente ao número de dias em atraso. Na hipótese de o IPCA do mês de pagamento ainda não ter sido divulgado, utilizar-se-á o do mês anterior. Qualquer encargo adicional ou disposição divergente constante do **Anexo I** ou qualquer outro anexo deste Contrato não será aplicável.

CLÁUSULA IV – DA VIGÊNCIA E DA RESCISÃO CONTRATUAL

4.1 - O Contrato terá pelo período indicado no **ITEM C do QUADRO RESUMO**.

4.3. - O presente Contrato poderá ser encerrado, nas seguintes hipóteses:

- a) por mútuo acordo, mediante assinatura de termo de encerramento correspondente;
- b) por conveniência, pela **LOCATÁRIA**, a qualquer momento, por aviso prévio, de qualquer forma escrita à **LOCADORA**, com antecedência de 30 (trinta) dias, sem que seja devido o pagamento de quaisquer multas e/ou indenizações de qualquer espécie;
- c) em razão de evento de força maior, devidamente comprovada, que impeça o cumprimento por quaisquer das Partes de suas obrigações contratuais e que perdure por mais de 60 (sessenta) dias.

4.4. - A **LOCATÁRIA** poderá rescindir o presente Contrato mediante simples comunicação escrita nos seguintes casos:

- a) Inadimplemento ou o cumprimento irregular de qualquer cláusula contratual, por parte da **LOCADORA**;



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



- b) Pedido de falência ou de recuperação judicial da **LOCADORA**;
- c) Imperícia, atraso, negligência, imprudência, dolo, má-fé ou desídia da **LOCADORA**, na execução do Contrato;
- e) Caso as multas aplicadas à **LOCADORA** superem 20% (vinte por cento) do valor total do Contrato; ou
- f) Por ordem da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás.

4.5 - Em qualquer hipótese de encerramento do Contrato, deverá a **LOCATÁRIA** proceder a retirada dos Equipamentos nos termos da Cláusula 2.8.

4.6 - A **LOCADORA** tem pleno conhecimento de que foi contratada para prestar os Serviços objeto deste Contrato ao **LOCATÁRIO**, uma vez que este é o responsável pelo gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde constantes no Contrato de Gestão firmado com o Estado de Goiás, por intermédio de sua Secretaria de Estado de Saúde (Contrato de Gestão nº ____/____ - SES / GO), razão pela qual concorda, desde já, que caso o ente público intervenha, rescinda ou encerre, por qualquer modo ou razão, o referido contrato, o presente instrumento restará automaticamente rescindido, não fazendo a **LOCADORA** jus a qualquer tipo de indenização, qualquer que seja sua natureza, renunciando expressamente ao direito de pleitear quaisquer valores indenizatórios, em qualquer tempo ou jurisdição, junto ao **LOCATÁRIO**.

CLÁUSULA V – DA MANUTENÇÃO DOS EQUIPAMENTOS

5.1. - Os Equipamentos deverão ser entregues pela **LOCADORA** dentro dos padrões de qualidade, apresentação, e adequação às indicações de uso, de acordo com o estabelecido neste Contrato e com as normas sanitárias em vigor no país, novos, em perfeito estado, e livres de quaisquer defeitos, reservando-se ao **LOCATÁRIA** o direito de solicitar a troca imediata dos Equipamentos que apresentem incorreções ou problemas de qualidade, sejam diferentes das especificações requeridas pela **LOCATÁRIA** ou que se mostrem inadequados para os fins a que se destinam.

5.2. – A **LOCADORA** garantirá que os Equipamentos fornecidos nos termos do presente Contrato atendem a todos os requisitos legais e regulatórios exigidos a eles, incluindo, mas não se limitando, procedência, notas fiscais, romaneios e qualidade. Na hipótese de se constatar que os Equipamentos não atendem a quaisquer um dos requisitos ora mencionados, deverá proceder a substituição consoante disposto neste Contrato.

5.3. – Durante toda a vigência da locação, a **LOCADORA** reparará/e ou substituirá os Equipamentos, suas partes e/ou peças defeituosas, ou corrigirá problemas relacionados à sua instalação e montagem, sem qualquer ônus para o **LOCATÁRIA**, arcando inclusive com os custos de transporte, fretes, desinstalação e/ou reinstalação, quando necessário.

5.4. - Caso seja constatado defeito ou qualquer mau funcionamento nos Equipamentos, a **LOCADORA** deverá atender o chamado e, quando necessário, comparecer ao local em que os Equipamentos estiverem instalados no prazo de 24 (vinte e quatro) horas. O prazo para reparo e/ou substituição dos Equipamentos não poderá superar 2 (dois) dias úteis a contar da comunicação da **LOCATÁRIA**. Caso os Equipamentos não sejam reparados ou substituídos no prazo previsto nesta cláusula, aplicar-se-á à **LOCADORA** multa diária não compensatória prevista no **ITEM G do QUADRO**



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



RESUMO, sendo o valor descontado de qualquer pagamento devido por força deste ou de outros contratos ou obrigações existentes entre as Partes ou cobrada judicial ou extrajudicialmente pela **LOCATÁRIA**.

5.5. – Apenas caso a necessidade de reparo ou substituição decorra de comprovado mau uso dos Equipamentos pelo pessoal da **LOCATÁRIA**, a mesma arcará com os custos de reparo ou, caso o reparo seja comprovadamente impossível, de substituição. Neste caso, antes do reparo ou substituição, a **LOCADORA** deverá enviar à **LOCATÁRIA** um orçamento descrevendo os respectivos custos, que devem ser coerentes com as práticas de mercado. A responsabilidade total da **LOCATÁRIA** por danos aos Equipamentos não superará o custo do seu reparo ou, se este for comprovadamente impossível, o preço do Material danificado na data da assinatura do Contrato, descontado o desgaste natural. Em nenhuma hipótese a **LOCATÁRIA** será responsável por quaisquer outros danos, em especial por danos indiretos ou consequenciais, perda de receita, de contratos ou de oportunidades, danos morais e/ou lucros cessantes.

CLÁUSULA VI – CONFIDENCIALIDADE

6.1. - A **LOCADORA** se obriga a não revelar Informações Confidenciais a qualquer pessoa natural ou jurídica, sem o prévio consentimento por escrito da **LOCATÁRIA**. Entende-se por Informação(ões) Confidencial(is) toda e qualquer informação e dados revelados pela **LOCATÁRIA** à **LOCADORA** sejam eles desenvolvidos a qualquer momento pela **LOCATÁRIA**, sejam estes dados ou informações sejam eles de natureza técnica, comercial, jurídica, ou ainda, de natureza diversa, incluindo, sem limitação, segredos comerciais, know-how, e informações relacionadas com tecnologia, clientes, projetos, memórias de cálculo, desenhos, planos comerciais, atividades promocionais ou de comercialização, econômicas, financeiras e outras, que não sejam de conhecimento público, bem como todo e qualquer dado pessoal ou informação sensível de pacientes da **LOCATÁRIA**. A **LOCADORA**, por si e por seus subcontratados, empregados, diretores e representantes (todos, conjuntamente, “REPRESENTANTES”), obriga-se a não usar, nem permitir que seus REPRESENTANTES usem, revelem, divulguem, copiem, reproduzam, divulguem, publiquem ou circulem a Informação Confidencial, a menos que exclusivamente para a execução do Contrato.

6.2. - Caso se solicite ou exija que a **LOCADORA**, por interrogatório, intimação ou processo legal semelhante, revele qualquer das Informações Confidenciais, a **LOCADORA** concorda em imediatamente comunicar à **LOCATÁRIA** por escrito sobre cada uma das referidas solicitações/exigências, tanto quanto possível, para que a **LOCATÁRIA** possa obter medida cautelar, renunciar ao cumprimento por parte da **LOCADORA** das disposições desta Cláusula, ou ambos. Se, na falta de entrada de medida cautelar ou recebimento da renúncia, a **LOCADORA**, na opinião de seu advogado, seja legalmente compelida a revelar as Informações Confidenciais, a **LOCADORA** poderá divulgar as Informações Confidenciais às pessoas e ao limite exigido, sem as responsabilidades aqui estipuladas, e envidará os melhores esforços para que todas as Informações Confidenciais assim divulgadas recebam tratamento confidencial.

6.3. - A violação à obrigação de confidencialidade estabelecida nesta cláusula, quer pela **LOCADORA**, quer pelos seus REPRESENTANTES, sujeitará a **LOCADORA** a reparar integralmente as perdas e danos diretos causados à **LOCATÁRIA**.

6.4. - A **LOCADORA** se obriga a devolver imediatamente todo material tangível que contenha Informações Confidenciais, incluindo, sem limitação, todos os resumos, cópias de documentos e trechos de informações, disquetes ou outra forma de suporte físico que possa conter qualquer Informação Confidencial, tão logo ocorra término ou a rescisão do Contrato.

6.5. - A **LOCADORA** não fará qualquer comunicado, tirará ou divulgará quaisquer fotografias (exceto para as suas finalidades operacionais internas para a fabricação e montagem dos bens), ou revelará



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



quaisquer informações relativas a este Contrato ou com respeito ao seu relacionamento comercial com a **LOCATÁRIA** ou qualquer Afiliada da **LOCATÁRIA**, a qualquer terceira parte, exceto como exigido pela Lei aplicável, sem o consentimento prévio por escrito da **LOCATÁRIA** ou de suas Afiliadas. A **LOCADORA** concorda que, sem consentimento prévio por escrito da **LOCATÁRIA** ou suas Afiliadas, como aplicável, não (a) utilizará em propagandas, comunicados ou de outra forma, o nome, nome comercial, o logotipo da marca comercial ou simulação destes, da **LOCATÁRIA** ou de suas Afiliadas ou o nome de qualquer executivo ou colaborador da **LOCATÁRIA** ou de suas Afiliadas ou (b) declarará, direta ou indiretamente, que qualquer produto ou serviço fornecido pela **LOCADORA** foi aprovado ou endossado pela **LOCATÁRIA** ou suas Afiliadas. Entende-se por Afiliada qualquer empresa controlada por, controladora de ou sob controle comum à **LOCATÁRIA**.

6.6. - A **LOCADORA**, por si e por seus colaboradores, obriga-se a atuar no presente Contrato em conformidade com a Legislação vigente sobre Proteção de Dados Pessoais e as determinações de órgãos reguladores/fiscalizadores sobre a matéria, em especial a Lei 13.709/2018, em especial com relação a todo e qualquer dado pessoal ou informação sensível de pacientes da **LOCATÁRIA**. A **LOCADORA** obriga-se a comunicar por escrito a **LOCATÁRIA** sobre qualquer infração à referida legislação, inclusive sobre o vazamento de dados.

6.7. - Esta obrigação subsistirá por tempo indeterminado, desde a assinatura do presente instrumento e após o seu encerramento por qualquer motivo.

CLÁUSULA VII – ANTICORRUPÇÃO E ÉTICA NOS NEGÓCIOS

7.1. - A **LOCADORA** declara estar em conformidade com todas as leis, normas, regulamentos e requisitos vigentes, relacionados com o presente Contrato. Assim, compromete-se a cumprir rigorosamente e de boa fé a legislação aplicável a este Contrato.

7.2. - Em virtude deste Contrato, nenhuma das Partes poderá oferecer, conceder ou comprometer-se a ceder a ninguém, ou receber ou concordar em aceitar de qualquer pessoa, qualquer pagamento, doação, compensação, benefícios ou vantagens financeiras ou não financeiras de qualquer espécie que configurem uma prática ilegal ou corrupção, por conta própria ou de terceiros, direta ou indiretamente, devendo-se assegurar o cumprimento desta obrigação por parte de seus representantes e colaboradores.

7.3. - As Partes declaram e garantem categoricamente durante toda a vigência do presente Contrato, inclusive no que tange aos seus colaboradores e parceiros utilizados na execução do Contrato, a ausência de situações que constituam ou possam constituir um conflito de interesses em relação às atividades que devem ser realizadas de acordo com este documento legal. Da mesma forma, as Partes comprometem-se a adotar, durante toda a validade do Contrato, uma conduta apropriada para evitar o surgimento de qualquer situação que possa gerar um conflito de interesses. No caso de haver qualquer situação suscetível a levar a um conflito de interesses, as Partes comprometem-se a informar imediatamente por escrito a outra parte e a ater-se nas indicações que podem porventura ser assinaladas a esse respeito. O não cumprimento pelas Partes das obrigações assumidas sob esta cláusula, facultará a outra parte a possibilidade de rescindir o Contrato imediatamente, sem prejuízo das demais ações e direitos que possam ser exercidos de acordo com a lei.

7.4. - As Partes declaram e garantem que cumprem e cumprirão, durante todo o prazo de vigência do presente Contrato, todas as leis de anticorrupção, federais, estaduais e locais, decretos, códigos, regulamentações, regras, políticas e procedimentos de qualquer governo ou outra autoridade



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



competente, em especial os preceitos decorrentes da Lei nº 12.846/13 (“Lei de Anticorrupção Brasileira”), abstendo-se de praticar qualquer ato de corrupção (“Atos de Corrupção”) e/ou qualquer ato que seja lesivo à administração pública, nacional ou estrangeira, que atente contra o patrimônio público nacional ou estrangeiro, contra princípios da administração pública ou contra os compromissos internacionais assumidos pelo Brasil.

7.5. – A LOCADORA declara que não contrata, direta ou indiretamente, mão de obra infantil (salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 anos), escrava, em condições análogas à escravidão, ou em condições sub-humanas, devendo garantir a seus empregados e contratados remuneração compatível com o piso salarial da categoria, jornadas e condições de trabalho conforme legislação em vigor.

7.6. - Na hipótese de qualquer das partes violar qualquer disposição prevista nesta cláusula e/ou qualquer obrigação legal prevista na legislação, operar-se-á a rescisão motivada, com aplicação das penalidades e indenizações por perdas e danos cabíveis.

7.7. – As Partes obrigam-se a agir de modo leal, responsável e probo, além de perseguir a boa-fé, para repelir quaisquer ações intencionalmente desleais, injustas, desonestas, prejudiciais, fraudulentas ou ilegais, sempre ancorados nas ações de transparência pública.

CLÁUSULA VIII – DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. - O presente instrumento e seus anexos, como também eventuais aditamentos, consubstanciam toda a relação contratual, ficando sem validade e eficácia quaisquer outros documentos aqui não mencionados e já assinados, correspondências já trocadas, bem como quaisquer compromissos e/ou acordos pretéritos, presentes e/ou futuros, os quais não obrigarão as Partes, sendo considerados inexistentes para os fins deste Contrato caso não seja observada a formalidade contida no item a seguir.

8.2. - Quaisquer alterações a este Contrato somente terão validade e eficácia se forem devidamente formalizadas através de aditamento contratual firmado pelos representantes legais ou procuradores das Partes.

8.3. - Se qualquer uma das disposições do presente Contrato for ou vier a tornar-se nula ou revelar-se omissa, inválida ou ineficaz não afetará ou prejudicará as cláusulas remanescentes, que continuarão com vigência, validade e eficácia plenas. Na ocorrência desta hipótese, as Partes farão todos os esforços possíveis para substituir a cláusula tida como nula, omissa, inválida ou ineficaz por outra, sem vícios, a fim de que produza os mesmos efeitos jurídicos, econômicos e financeiros que a cláusula original produziria, ou, caso isso não seja possível, para que produza os efeitos mais próximos possíveis daqueles inicialmente vislumbrados.

8.4. - O não exercício dos direitos previstos no presente Contrato, em especial no tocante à rescisão contratual e obtenção da reparação de danos eventualmente causados, bem como a tolerância, de



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



uma parte com a outra, quanto ao descumprimento de qualquer uma das obrigações assumidas neste instrumento ou em seus anexos, serão considerados atos de mera liberalidade, não resultando em modificação, novação ou renúncia das disposições contratuais ora estabelecidas, podendo as Partes exercerem, a qualquer tempo, seus direitos.

8.5. - Em hipótese alguma o silêncio das Partes será interpretado como consentimento tácito.

8.6. - Declaram as Partes que toda e qualquer notificação, se necessário, poderá ser enviada e recebida eletronicamente aos contatos indicados no **ITEM H do QUADRO RESUMO**.

8.7. - O presente instrumento e seus anexos obrigam não só as Partes, como também seus eventuais sucessores a qualquer título.

8.8. - As Partes não poderão ceder, transferir ou, de qualquer modo, alienar direitos e obrigações decorrentes do presente Contrato, sem um acordo prévio e expresso uma da outra.

8.9. - O presente instrumento não estabelece entre as Partes nenhuma forma de sociedade, agência, associação, consórcio, ou responsabilidade solidária.

8.10. - Para a execução do objeto do presente Contrato, a **LOCADORA** declara que se acha devidamente habilitada e registrada nos órgãos competentes quando legalmente requerido.

8.11. – Sem prejuízo do pagamento de quaisquer penalidades estabelecidas neste Contrato, a **LOCADORA** deverá indenizar a **LOCATÁRIA** e/ou terceiros por todo e qualquer dano ou prejuízo que possa advir, direta ou indiretamente, do exercício de suas atividades ou serem causados por seus prepostos à **LOCATÁRIA** ou terceiros, do cumprimento ou do incumprimento das condições contratuais ou disposições legais ou regulatórias, ou problemas relacionados aos Equipamentos fornecidos.

CLÁUSULA IX – FORO

9.1. - Fica eleito, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que o seja, o foro de São Paulo, Estado de São Paulo, para dirimir quaisquer controvérsias resultantes da interpretação e/ou execução do presente Contrato.

E, por estarem justas e contratadas, firmam as Partes e 02 (duas) testemunhas o presente Contrato para que produza os efeitos jurídicos desejados, reconhecendo a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais e informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-BRASIL, conforme disposto pelo Art. 10 da Medida Provisória nº 2.200/2001 em vigor no Brasil. Sendo certo que na (i) na hipótese de assinatura eletrônica deste Contrato, ele produzirá efeitos a partir da abaixo mencionada, independentemente da data em que for assinado pelas Partes; e (ii) na hipótese de assinatura na



HETRIN
Hospital Estadual
de Trindade Walda
Ferreira dos Santos

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



forma física, o Contrato deverá ser entregue em 02 (duas) vias em igual teor e valor.

Local, [xx] de [xxxxxxxxxxxx] de ____.

LOCADORA:

Nome:
Cargo:
CPF:

LOCATÁRIA: IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

Nome:
Cargo:
CPF:

Testemunhas:

1) _____
Nome:
C.P.F:

2) _____
Nome:
C.P.F.: