AVISO DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA COTAÇÃO DE PREÇO

A IRMANDADE DA SANTA CASA CORAÇÃO DE JESUS, torna público, para conhecimento de quem possa interessar, a abertura do presente **AVISO DE CHAMAMENTO PÚBLICO** para cotação prévia de preços, para **FORNECIMENTO DE GALÃO DE ÁGUA 20L E GÁS DE COZINHA GLP 13KG PARA ATENDER OS FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SÃO SEBASTIÃO, UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24h E HOSPITAL DE CLÍNICAS DA COSTA SUL**, em conformidade com o Artigo 87 do Regulamento de Compras, Licitações e Contratos e princípio da publicidade.

O estudo técnico preliminar, contendo a descrição dos serviços, ficará disponível no sítio eletrônico oficial do Hospital de Clínicas de São Sebastião: <https://www.hcss.org.br/chamamentodeorcamento> ou poderá ser solicitado por meio do endereço eletrônico licitacao@hcss.org.br.

Os interessados que atendam ao objeto deverão enviar orçamento contendo os valores de acordo com as especificações dos serviços, em papel timbrado e com identificação dos dados da empresa, devidamente assinada pelo responsável.

Prazo de envio das propostas é até as 17 horas do dia 16.04.2025 ou até a coleta do número mínimo de cotações necessárias.

Maiores informações podem ser obtidas pelo telefone (12) 99229-7923 ou pelo e-mail licitacao@hcss.org.br, no horário das 08h às 17h de segunda a sexta, exceto finais de semanas, feriados e pontos facultativos.

São Sebastião, 10 de abril de 2025

JANI BUENO DE LIMA OLIVEIRA
COORDENADORA DE LICITAÇÕES E CONTRATOS
IRMANDADE DA SANTA CASA CORAÇÃO DE JESUS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SÃO SEBASTIÃO

IRMANDADE DA SANTA CASA CORAÇÃO DE JESUS
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SÃO SEBASTIÃO

FOLHA: _____

PROC. _____

DATA: _____

ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR

1. OBJETO

1.1. Contratação de empresa especializada em fornecimento de galão de água 20L e de gás de cozinha (GLP) 13 kg para atender os funcionários do Hospital de Clínicas de São Sebastião, Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h e Hospital de Clínicas da Costa Sul, conforme condições e exigências estabelecidas neste Estudo Técnico Preliminar;

1.2. A contratação será fundamentada e regida nos termos do Regulamento de Compras, Licitações e Contratos da Irmandade da Santa Casa Coração de Jesus;

2. JUSTIFICATIVA

2.1. O presente processo tem por objetivo de fornecimento de água e gás com desconto na folha de pagamento, a aquisição de galão de água 20L e Gás (GLP) 13 kg, para atender os funcionários do Hospital de Clínicas de São Sebastião, Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h e Hospital de Clínicas da Costa Sul;

3. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO

3.1. A empresa a ser contratada para fornecimento de gás GLP para esta instituição, deverá atender as regulamentações da Agência Nacional do Petróleo – ANP;

3.2. A atividade de revenda de GLP é regulada pela Resolução ANP nº 51/2016, que foi alterada pela Resolução ANP nº 709/2017;

3.3. A Resolução nº 26, publicada, em 27 de maio de 2015, atualizada pela Resolução nº 40 de 8/10/2015, pela ANP (Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis) regulamentou a “comercialização, em áreas urbanas e rurais, e a entrega de recipientes transportáveis de GLP em domicílios de consumidores, em estabelecimentos comerciais e industriais, para consumo próprio, e entre revendedores autorizados pela ANP, por meio de veículos automotores”;

3.4. Desse modo, a **CONTRATADA** deverá atender a todas as exigências legais de armazenamento, transporte e demais procedimentos que envolvam o

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SÃO SEBASTIÃO
RUA CAPITÃO LUIZ SOARES, N.º 550 – CENTRO
(12) 3893-3200 – FAX: (12) 3893-3243
adm@hcsc.org.br

UPA 24h CENTRO
RUA CAPITÃO LUIZ SOARES, N.º 1050 – CENTRO
(12) 3893-3200 RAMAL 3100
upa24h@hcsc.org.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SÃO SEBASTIÃO

IRMANDADE DA SANTA CASA CORAÇÃO DE JESUS
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SÃO SEBASTIÃO

FOLHA: _____

PROC. _____

DATA: _____

comércio de gás de cozinha GLP e apresentar, juntamente com sua proposta, os seguintes documentos;

3.5. Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), com as CNAEs corretas de venda de GLP para serviços e residências. Certificado de autorização de ponto de revenda de GLP emitido pela Agência Nacional do Petróleo – ANP;

3.6. A fornecedora deverá proceder a entrega do galão de água e do botijão de gás, conforme o endereço indicado pelo funcionário;

3.7. A quantidade de galão de água e botijão de gás será de uma unidade por mês para cada funcionário, devendo a empresa apresentar documentação comprobatória;

3.8. Devem ser atendidos os requisitos legais aplicáveis aos fornecedores de gás GLP, em especial à Instrução Normativa IBAMA nº 1 de 25/01/2013;

3.9. Os serviços, prazos e descrições relacionados na tabela abaixo:

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VIGÊNCIA (MESES)	QTDE.	QTDE. MENSAL ESTIMADA	QTDE. ANUAL ESTIMADA
01	• GÁS (GLP) 13 KG	UNIDADE (UND)	12	60	60	720
03	• GALÃO DE ÁGUA 20L	UNIDADE (UND)	12	10	10	120

4. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

4.1. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

4.2. Realizar o desconto em folha de pagamento mediante apresentação formal e escrita da autorização do funcionário, que deverá ser entregue pela Contratada;

4.2.1. Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela **CONTRATADA**, de acordo com o Estudo Técnico Preliminar e seus anexos;

4.2.2. Receber o objeto no prazo e condições estabelecidas no Estudo Técnico Preliminar;

4.2.3. Notificar a **CONTRATADA**, por escrito, sobre vícios, defeitos ou incorreções verificadas no objeto fornecido, para que seja por ele substituído, reparado ou corrigido, no total ou em parte, às suas expensas;

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SÃO SEBASTIÃO

IRMANDADE DA SANTA CASA CORAÇÃO DE JESUS
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SÃO SEBASTIÃO

FOLHA: _____

PROC. _____

DATA: _____

4.2.4. Acompanhar e fiscalizar a execução do contrato e o cumprimento das obrigações pela **CONTRATADA**;

4.2.5. Efetuar o pagamento à **CONTRATADA** do valor correspondente ao fornecimento do objeto, no prazo, forma e condições estabelecidos no presente Estudo Técnico Preliminar;

4.2.6. Explicitamente emitir decisão sobre todas as solicitações e reclamações relacionadas à execução do presente Estudo Técnico Preliminar, ressalvados os requerimentos manifestamente impertinentes, meramente protelatórios ou de nenhum interesse para a boa execução do ajuste;

4.2.7. A **CONTRATANTE** terá o prazo de 10 (dez) dias, a contar da data do protocolo do requerimento para decidir, admitida a prorrogação motivada, por igual período;

4.2.8. A **CONTRATANTE** não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela **CONTRATADA** com terceiros, ainda que vinculados à execução do contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da **CONTRATADA**, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

4.3. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

4.3.1. A **CONTRATADA** deve cumprir todas as obrigações constantes deste Estudo Técnico Preliminar, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto, observando, ainda, as obrigações a seguir dispostas:

4.3.2. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto, de acordo com o Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078, de 1990);

4.3.3. Comunicar à **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas que antecede a data da entrega, os motivos que impossibilitem o cumprimento do prazo previsto, com a devida comprovação;

4.3.4. Atender às determinações regulares emitidas pelo fiscal ou gestor do contrato e prestar todo esclarecimento ou informação por eles solicitados;

4.3.5. Reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, no prazo fixado pelo fiscal do contrato, os bens nos quais se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou dos materiais empregados;

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SÃO SEBASTIÃO
RUA CAPITÃO LUIZ SOARES, N.º 550 – CENTRO
(12) 3893-3200 – FAX: (12) 3893-3243
adm@hcss.org.br

UPA 24h CENTRO
RUA CAPITÃO LUIZ SOARES, N.º 1050 – CENTRO
(12) 3893-3200 RAMAL 3100
upa24h@hcss.org.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SÃO SEBASTIÃO

IRMANDADE DA SANTA CASA CORAÇÃO DE JESUS
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SÃO SEBASTIÃO

FOLHA: _____

PROC. _____

DATA: _____

- 4.3.6. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto, bem como por todo e qualquer dano causado à Administração ou terceiros, não reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento da execução contratual pelo contratante, que ficará autorizado a descontar dos pagamentos devidos ou da garantia, caso exigida, o valor correspondente aos danos sofridos;
- 4.3.7. Responsabilizar-se pelo cumprimento de todas as obrigações trabalhistas, previdenciárias, fiscais, comerciais e as demais previstas em legislação específica, cuja inadimplência não transfere a responsabilidade ao contratante e não poderá onerar o objeto do contrato;
- 4.3.8. Manter durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições exigidas para qualificação na contratação direta;
- 4.3.9. Arcar com o ônus decorrente de eventual equívoco no dimensionamento dos quantitativos de sua proposta, inclusive quanto aos custos variáveis decorrentes de fatores futuros e incertos, devendo complementá-los, caso o previsto inicialmente em sua proposta não seja satisfatório para o atendimento do objeto da contratação;
- 4.3.10. Cumprir, além dos postulados legais vigentes de âmbito federal, estadual ou municipal, as normas de segurança da **CONTRATANTE**;

5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

- 5.1. O prazo de entrega dos bens é de 01 (uma) hora, contados da solicitação feita pelo funcionário;
- 5.2. O local de entrega é o descrito abaixo:
- 5.2.1. Conforme o endereço do funcionário;
- 5.2.2. Em todas as entregas para reabastecimento, a **CONTRATADA** deverá entregar o recibo de compra para o funcionário assinar.

6. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO

- 6.1. As comunicações entre a **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA** devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SÃO SEBASTIÃO
RUA CAPITÃO LUIZ SOARES, N.º 550 – CENTRO
(12) 3893-3200 – FAX: (12) 3893-3243
adm@hcss.org.br

UPA 24h CENTRO
RUA CAPITÃO LUIZ SOARES, N.º 1050 – CENTRO
(12) 3893-3200 RAMAL 3100
upa24h@hcss.org.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SÃO SEBASTIÃO

IRMANDADE DA SANTA CASA CORAÇÃO DE JESUS
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SÃO SEBASTIÃO

FOLHA: _____

PROC. _____

DATA: _____

6.2. O órgão ou entidade poderá convocar representante da empresa para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

6.3. DA FISCALIZAÇÃO

6.3.1. A fiscalização será realizada pelo Departamento de Recursos Humanos Hospital de Clínicas de São Sebastião;

6.3.2. A gestão do contrato será realizada pelo Departamento de Licitações e Contratos do Hospital de Clínicas de São Sebastião;

6.3.3. Os fiscais administrativos anotarão em registros próprios todas as ocorrências relacionadas com a execução do contrato, indicando data, bem como o nome dos funcionários eventualmente envolvidos, determinando o que for necessário à regularização das falhas ou defeitos observados e encaminhando os apontamentos ao gestor de contratos competente para as providências cabíveis;

6.3.4. Na hipótese de comportamento contínuo de desconformidade da prestação do serviço em relação à qualidade exigida, bem como quando esta ultrapassar os níveis mínimos toleráveis previstos nos indicadores, além dos fatores redutores, devem ser aplicadas as sanções previstas em contrato à **CONTRATADA**.

7. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E DE PAGAMENTO

7.1. DO RECEBIMENTO E ACEITAÇÃO DO OBJETO

7.1.1. A emissão da Nota Fiscal/Fatura deve ser precedida do recebimento definitivo dos serviços, nos termos abaixo:

7.1.2. No prazo de até 5 dias corridos do adimplemento da parcela, a **CONTRATADA** deverá entregar toda a documentação comprobatória do cumprimento da obrigação contratual;

7.1.3. O recebimento provisório será realizado pelo fiscal técnico e/ou setorial ou pela equipe de fiscalização após a entrega da documentação acima, da seguinte forma:

7.1.3.1. A **CONTRATANTE** realizará inspeção minuciosa de todos os serviços executados, por meio de profissionais técnicos competentes, acompanhados dos profissionais encarregados pelo serviço, com a finalidade de verificar a

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SÃO SEBASTIÃO
RUA CAPITÃO LUIZ SOARES, N.º 550 – CENTRO
(12) 3893-3200 – FAX: (12) 3893-3243
adm@hcsc.org.br

UPA 24h CENTRO
RUA CAPITÃO LUIZ SOARES, N.º 1050 – CENTRO
(12) 3893-3200 RAMAL 3100
upa24h@hcsc.org.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SÃO SEBASTIÃO

IRMANDADE DA SANTA CASA CORAÇÃO DE JESUS
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SÃO SEBASTIÃO

FOLHA: _____

PROC. _____

DATA: _____

adequação dos serviços e constatar e relacionar os arremates, retoques e revisões finais que se fizerem necessários.

7.1.3.1.1. Para efeito de recebimento provisório, ao final de cada período de faturamento, o fiscal administrativo do contrato irá apurar o resultado das avaliações da execução do objeto.

7.1.3.1.2. A **CONTRATADA** fica obrigada a reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, às suas expensas, no todo ou em parte, o objeto em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou materiais empregados, cabendo à fiscalização não atestar os serviços até que sejam sanadas todas as eventuais pendências que possam vir a ser apontadas no Recebimento.

7.1.4. No prazo de até 10 (dez) dias corridos a partir do recebimento provisório dos serviços, se dará o recebimento definitivo, ato que concretiza o ateste da execução dos serviços;

7.1.5. O recebimento provisório ou definitivo do objeto não exclui a responsabilidade da **CONTRATADA** pelos prejuízos resultantes da incorreta execução do contrato, ou, em qualquer época, das garantias concedidas e das responsabilidades assumidas em contrato e por força das disposições legais em vigor.

7.1.6. Os serviços poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes neste Estudo Técnico Preliminar e na proposta, devendo ser corrigidos/refeitos/substituídos no prazo fixado pelo fiscal do contrato, às custas da **CONTRATADA**, sem prejuízo da aplicação de penalidades.

7.2. DO PAGAMENTO

7.2.1. O pagamento será realizado, mensalmente, em até 10 (dez) dias a contar da data da apresentação da nota fiscal no Setor Financeiro da **CONTRATANTE**, mediante depósito bancário no Banco, indicado pela **CONTRATADA**;

7.2.2. A contagem do prazo para pagamento considerará dias corridos e terá início e encerramento em dias de expediente nesta Irmandade;

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SÃO SEBASTIÃO

IRMANDADE DA SANTA CASA CORAÇÃO DE JESUS
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SÃO SEBASTIÃO

FOLHA: _____

PROC. _____

DATA: _____

7.2.3. Não será dado o aceite final, caso os documentos necessários à contratação contenham incorreções;

7.2.4. Constando-se qualquer irregularidade na Nota Fiscal, será imediatamente solicitada a **CONTRATADA**, carta de correção, quando couber, ou ainda pertinente regularização, que deverá ser encaminhada a **CONTRATANTE**, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, somente após a correção, se a contento é que se emitirá o aceite final e efetuará o pagamento;

7.2.5. Não apresentando a **CONTRATADA** a carta de correção no prazo estipulado no subitem anterior, o prazo para pagamento será recontado, a partir da data de sua apresentação;

7.2.6. O valor atribuído ao presente contrato é a única forma de remuneração a **CONTRATADA**, sendo vedado o seu reajuste durante a vigência em seu prazo inicial.

7.3. DOCUMENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO

7.3.1. Contrato Social com sua última alteração ou documento equivalente que o substitua;

7.3.2. Certidão negativa de falência, concordata, recuperação judicial e extrajudicial expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial, expedida pelo domicílio da pessoa física;

7.3.3. Cartão CNPJ;

7.3.4. Prova de Regularidade do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS;

7.3.4.1. Nos casos de recuperação judicial e extrajudicial, deverá apresentar Certidão Negativa de recuperação ou Certidão Positiva acompanhada de documentos comprobatórios da concessão da recuperação e do cumprimento do plano pelo Poder Judiciário;

8. TIPO DE FORNECIMENTO

8.1. O fornecimento do objeto deste Estudo Técnico Preliminar é **CONTINUADO** envolvendo a prestação de serviços ou fornecimento de bens de forma contínua e ininterrupta, geralmente por um período prolongado.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SÃO SEBASTIÃO
RUA CAPITÃO LUIZ SOARES, N.º 550 – CENTRO
(12) 3893-3200 – FAX: (12) 3893-3243
adm@hcss.org.br

UPA 24h CENTRO
RUA CAPITÃO LUIZ SOARES, N.º 1050 – CENTRO
(12) 3893-3200 RAMAL 3100
upa24h@hcss.org.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SÃO SEBASTIÃO

IRMANDADE DA SANTA CASA CORAÇÃO DE JESUS
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SÃO SEBASTIÃO

FOLHA: _____

PROC. _____

DATA: _____

9. PRAZO DO CONTRATO

9.1. O contrato terá vigência de **12 (doze) meses** a contar da data da assinatura das **PARTES**, podendo ser prorrogado mediante Termo Aditivo proposto de acordo com o Regulamento Interno de Compras, Licitações e Contratos da Irmandade da Santa Casa Coração de Jesus.

10. CONSIGNAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

10.1. As despesas necessárias para a realização dos serviços deste contrato correrão a conta própria, da Irmandade da Santa Casa Coração de Jesus, inscrita no CNPJ sob o nº 71.041.289/0001-35, do respectivo orçamento.

Irmandade da Santa Casa Coração de Jesus
Matheus Rodrigues
Recursos Humanos

MATHEUS RODRIGUES

COORDENADOR DE RECURSOS HUMANOS