

**COMPRA PRIVADA FFM / ICESP 1436/2021
CONCORRÊNCIA – PROCESSO DE COMPRA FFM RC Nº 6114/2021**

São Paulo, 01 de Fevereiro de 2021

A Fundação Faculdade de Medicina, entidade de direito privado sem fins lucrativos, vem convidar V.Sas a participarem do **PROCESSO FFM / ICESP RC nº 6114/2021**, do tipo **MENOR PREÇO** para contratação de empresa especializada em "**COMODATO DE SISTEMA DE TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA + INSUMOS**" conforme previsto no Memorial Descritivo (anexo I).

O processo de contratação será regido pelo Regulamento de Compras da Fundação Faculdade de Medicina – FFM.

1. OBJETO

1.1. COMODATO DE SISTEMA DE TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA + INSUMOS;

1.2. Local entrega do material: Av, Dr. Arnaldo, 251 – 2º Subsolo – CEP 01246-000.

2. DA PARTICIPAÇÃO

Poderão participar do processo todos os interessados com qualificações comprovadas para o fornecimento do objeto da contratação, **bem como, com cadastro de Classificação Nacional de Atividade Econômica – CNAE, compatível com o objeto da presente Compra Privada.**

3. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

3.1. Deverá enviar declaração de cumprimento de requisitos de habilitação e inexistência de fatos impeditivos, devidamente assinada pelo procurador legal. **(anexo II);**

3.2. Deverá enviar termo de cadastramento e declaração, devidamente assinada pelo procurador legal. **(anexo III);**

3.3. Fica dispensada de encaminhar essa declaração desde que, já tenha sido apresentada em processos anteriores e esteja vigente;

3.4. Estatuto/Contrato Social ou outro instrumento de registro comercial registrado na Junta Comercial.

4. DA PROPOSTA COMERCIAL

4.1. Carta-proposta em papel timbrado nominal à Fundação Faculdade de Medicina, com todas vias rubricadas e assinadas pelo representante legal da empresa, devidamente identificada, contendo:

- a) Razão social completa;
- b) CNPJ, Inscrição Estadual e Municipal;
- c) Endereço Completo da sede: (Rua ou Avenida, no, Bairro, Cidade e Estado, CEP);
- d) Telefone, Fax, e-mail do responsável;
- e) Objeto da proposta;
- f) Preço proposto;
- g) **CONDIÇÃO PAGAMENTO 60 DIAS;**
- h) Prazo de validade da Proposta – mínimo de 24 meses;
- i) O produto cotado deverá possuir validade mínima de 12 meses no ato de sua entrega;
- j) Contrato de 24 meses;
- k) Reajuste após 24 meses, considerando a variação do índice IPC-FIPE GERAL;
- l) Prazo de entrega.

4.2. A Fundação Faculdade de Medicina está isenta de ICMS para o Estado de São Paulo. Todas as notas fiscais a serem emitidas deverão atender o disposto no decreto nº 57.850 de 09/03/2012 amparado pelo convênio ICMS 120/2011.

5. DA ENTREGA DOS DOCUMENTOS

5.1. Os documentos de habilitação e proposta comercial deverão ser entregues até o dia 10/02/2021 às 09h00) (HORÁRIO DE BRASÍLIA), caso a empresa não tenha acesso ao Bionexo, a mesma deverá enviar a proposta obedecendo um dos seguintes critérios:

- a) Por meio eletrônico, em arquivo PDF, através do e-mail fernando.rampaso@icesp.org.br / luciano.brovini@icesp.org.br com as seguintes indicações:

ASSUNTO: CONCORRÊNCIA PROCESSO FFM/ICESP RC Nº. 6114/2021 - REF. COMODATO DE SISTEMA DE TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA + INSUMOS.

- b) Em envelope único e lacrado, com as seguintes indicações:

**FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA
Instituto do Câncer do Estado de São Paulo
Av. Dr. Arnaldo, 251 6º andar - Cerqueira Cesar – A/C Departamento de Compras do ICESP
SÃO PAULO – SP - CEP 01246-000**

REF. COMODATO DE SISTEMA DE TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA + INSUMOS:

- CONFIDENCIAL
- CONCORRÊNCIA PROCESSO FFM RC Nº. 6114/2021
- RAZÃO SOCIAL DA PROPONENTE

5.1.1. O envio correto da documentação por via eletrônica é de responsabilidade exclusiva da proponente.

6. DA AVALIAÇÃO DAS PROPOSTAS

6.1. As propostas serão avaliadas por representantes da FFM/ICESP, que poderão a seu critério, solicitar esclarecimentos técnicos e/ou ajustes ao proponente, os quais deverão ser providenciados no prazo de até 02 (dois) dias úteis, a contar da data da solicitação.

6.2. Será escolhida a empresa, de acordo com a avaliação da equipe técnica designada, que apresentar a melhor relação custo-benefício, considerando-se os requisitos do Memorial Descritivo.

6.3. Após recebimento do parecer técnico do requisitante, a FFM/ICESP se permite efetuar rodadas negociações financeiras, visando obter também a melhor condição comercial para a Instituição:

6.4. A definição da empresa ganhadora se dará pelo menor preço tecnicamente aprovado. Havendo empate no preço entre 2 (dois) ou mais proponentes, será encaminhada uma nova circular de negociação e se ainda assim houver empate, serão utilizados como fatores de desempate os itens abaixo:

6.4.1. Menor prazo de entrega/ implantação;

6.4.2. Maior prazo de Condição de pagamento;

6.5. Se ainda assim houver empate, será considerada a empresa ganhadora aquela que tiver entregado a proposta primeiro, considerando a data, hora e minuto do recebimento da proposta/e-mail.

7. DEFINIÇÃO EMPRESA GANHADORA

7.1. Será consultado o CNPJ da empresa ganhadora, nos seguintes sites:

- a) Portal da Transparência:
www.portaldatransparencia.gov.br/empresassancionadas;
- b) TCE-Tribunal de Contas do Estado:
www.tce.sp.gov.br/consulta-apeados;
- c) Cadin:
www.fazenda.sp.gov.br/cadin_estadual/pages/publ/cadin.aspx.

Nota: Caso seja constatado alguma irregularidade e/ou restrição nos sites acima informados, será avaliado se específica ou ampla, para determinação da continuidade ou não da empresa no processo.

7.2. Além da consulta prevista no item 7.1. será analisada a documentação da empresa ganhadora e se a mesma for inabilitada a segunda empresa melhor classificada será convocada e assim sucessivamente.

7.3. Caso o fornecedor vencedor indique algum parceiro para efetuar a entrega dos itens deste edital, mediante carta de autorização com aviso prévio, o mesmo não deverá constar pendências nos sites Portal da Transparência, TCE-Tribunal de Contas do Estado e Cadin. Caso sejam enviadas notas com alguma restrição/pendência, o pagamento das mesmas não serão efetuados até que a empresa que as emitiu as regularize.

8. CONTRATO

A minuta de contrato padrão da FFM encontra-se anexa a este edital e as empresas que participarem do processo deverão estar de acordo com o modelo padrão. Após definição do ganhador do processo essa minuta será devidamente preenchida contemplando as especificidades do referido fornecimento.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 9.1. A confirmação do ganhador se dará mediante o envio por meio eletrônico do pedido de compra emitido pela FFM/ICESP e no sitio eletrônico do ICESP (www.icesp.org.br)
- 9.2. A FFM/ICESP reserva-se o direito de anular ou revogar o presente processo;
- 9.3. As quantidades apresentadas no **anexo I** são apenas estimativas, podendo ser superiores ou inferiores;
- 9.4. Caso o prazo estabelecido para entrega dos produtos (informado em proposta comercial), objeto deste contrato não seja cumprido, a **CONTRATADA** se compromete a ressarcir o valor da diferença apurada entre o produto que deveria ter fornecido e o valor do produto efetivamente gasto pela **CONTRATANTE** para sua aquisição;
- 9.5. A FFM/ICESP poderá relevar omissões puramente formais;
- 9.6. A FFM/ICESP poderá promover qualquer diligência destinada a esclarecer ou solicitar informações complementares, as quais deverão ser providenciadas no prazo de até 2 (dois) dias úteis, a contar da data da solicitação;
- 9.7. Toda publicidade pertinente ao certame será publicada no site do ICESP (www.icesp.org.br) e ou jornal.

Fernando Rosseto Rampaso
Comprador Responsável
Departamento de Contratos e Compras - ICESP

Luciano Verengue Brovini
Coordenador de Compras
Departamento de Contratos e Compras - ICESP

ANEXO I

Memorial Descritivo

- 1 – Será gerado contrato de fornecimento por 24 meses;
- 2 – Reajuste após 24 meses, considerando a variação do índice IPC-FIPE GERAL;
- 3 – As entregas serão de acordo com as necessidades do ICESP;
- 4 – **CONDIÇÃO PAGAMENTO 60 DIAS;**
- 5 – Quantidades estimadas. A compra pode variar para mais ou para menos, de acordo com as necessidades do ICESP;
- 6 - As quantidades previstas no Edital poderão ser adequadas para “menor”, devido às apresentações nas embalagens informadas pela empresa ganhadora;
- 7 – Considerar isenção de ICMS, conforme decreto nº 57.850;
- 8 – Quantidades informadas referem-se a estimativa de consumo de 24 meses;
- 9 - O produto cotado deverá possuir validade mínima de 12 meses no ato de sua entrega
- 10 – Caso o prazo estabelecido para entrega dos produtos (informado em proposta comercial/programação de entrega), objeto desta compra não seja respeitado, a **CONTRATADA** se compromete a ressarcir o valor da diferença apurada entre o produto que deveria ter fornecido e o valor do produto efetivamente gasto pela **CONTRATANTE** para sua nova aquisição;
- 11 - Caso o fornecedor vencedor indique algum parceiro para efetuar a entrega dos itens deste edital, mediante carta de autorização com aviso prévio, o mesmo não deverá constar pendências nos sites Portal da Transparência, TCE-Tribunal de Contas do Estado e Cadin. Caso sejam enviadas notas com alguma restrição/pendência, o pagamento das mesmas não serão efetuados até que a empresa que as emitiu as regularize;
- 12 – Caso existam custos com licenciamentos/integrações com o sistema tasy, esses valores serão computados no processo de contratação para equalização das propostas;
- 13 – Comodato Equipamento.

Item	Código	Descrição	Unid.	QTD
1	70791	KIT PARA FERIDAS TAMANHO P (P/ PRESSÃO NEGATIVA) - KIT PARA FERIDAS TAMANHO P (P/ PRESSÃO NEGATIVA), ESTÉRIL, COMPOSTA DE: ESPONJA EM POLIURETANO, MEDINDO APROXIMADAMENTE: 10 cm x 7,5 cm x 3,3 cm COM GRADUAÇÃO QUE PERMITA SUÇÇÃO DE FLUIDOS POR MEIO DE 1 TUBO DE PVC, MEDINDO APROXIMADAMENTE 2,10CM DE COMPRIMENTO COM PINÇA CORTA FLUXO E CONECTOR LUER LOCK NAS EXTREMIDADES COM SISTEMA TRAC COLETOR CIRCULAR COM ORIFÍCIO CENTRAL QUE PERMITA SUÇÇÃO DOS FLUIDOS E TUBOS PERIFÉRICOS COM SENSORES DA PRESSÃO NA FERIDA; COM PELÍCULAS ADESIVAS SEMI-OCCLUSIVA. EMBALAGEM ORIGINAL INTEGRAL, CONTENDO EXTERNAMENTE DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, PROCEDÊNCIA, Nº DE LOTE, DATA DE VALIDADE, TIPO DE ESTERILIZAÇÃO E REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE.	kit	480
2	56145	KIT PARA FERIDAS TAMANHO M (P/ PRESSÃO NEGATIVA) - KIT PARA FERIDAS TAMANHO M (P/ PRESSÃO NEGATIVA), ESTÉRIL, COMPOSTA DE: ESPONJA EM POLIURETANO, MEDINDO APROXIMADAMENTE: 18 cm x 12,5 cm x 3,3 cm COM GRADUAÇÃO QUE PERMITA SUÇÇÃO DE FLUIDOS POR MEIO DE 1 TUBO DE PVC, MEDINDO APROXIMADAMENTE 2,10CM DE COMPRIMENTO COM PINÇA CORTA FLUXO E CONECTOR LUER LOCK NAS EXTREMIDADES COM SISTEMA TRAC COLETOR CIRCULAR COM ORIFÍCIO CENTRAL QUE PERMITA SUÇÇÃO DOS FLUIDOS E TUBOS PERIFÉRICOS COM SENSORES DA PRESSÃO NA FERIDA; COM PELÍCULAS ADESIVAS SEMI-OCCLUSIVA. EMBALAGEM ORIGINAL INTEGRAL, CONTENDO EXTERNAMENTE DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, PROCEDÊNCIA, Nº DE LOTE, DATA DE VALIDADE, TIPO DE ESTERILIZAÇÃO E REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE.	Unidade	72

3	70792	KIT PARA FERIDAS TAMANHO G (P/ PRESSÃO NEGATIVA) - KIT PARA FERIDAS TAMANHO G (P/ PRESSÃO NEGATIVA), ESTÉRIL, COMPOSTA DE: ESPONJA EM POLIURETANO, MEDINDO APROXIMADAMENTE: 26 cm x 15 cm x 3,3 cm COM GRADUAÇÃO QUE PERMITA SUÇÇÃO DE FLUIDOS POR MEIO DE 1 TUBO DE PVC, MEDINDO APROXIMADAMENTE 2,10CM DE COMPRIMENTO COM PINÇA CORTA FLUXO E CONECTOR LUER LOCK NAS EXTREMIDADES COM SISTEMA TRAC COLETOR CIRCULAR COM ORIFÍCIO CENTRAL QUE PERMITA SUÇÇÃO DOS FLUIDOS E TUBOS PERIFÉRICOS COM SENSORES DA PRESSÃO NA FERIDA; COM PELÍCULAS ADESIVAS SEMI-OCCLUSIVA. EMBALAGEM ORIGINAL INTEGRAL, CONTENDO EXTERNAMENTE DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, PROCEDÊNCIA, Nº DE LOTE, DATA DE VALIDADE, TIPO DE ESTERILIZAÇÃO E REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE.	Unidade	144
4	56146	RESERVATORIO PARA COLETA DE EXSUDATO DE FERIDA, 500 A 800 - RESERVATÓRIO PARA COLETA DE EXSUDATO DE FERIDA, ESTÉRIL, EM PVC, COM CAPACIDADE DE APROXIMADAMENTE DE 500 ML A 800 ML, GEL GRANULADOR (DESODORANTE E BACTERIOSTÁTICO) E TUBO EM PCV COM CLAMP CORTA FLUÍDO E CONECTOR LUER LOCK .COMPATIVEL COM SISTEMA DE ASPIRAÇÃO DO EQUIPAMENTO. EMBALAGEM ORIGINAL INTEGRAL, CONTENDO EXTERNAMENTE DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, PROCEDÊNCIA, Nº DE LOTE, DATA DE VALIDADE, TIPO DE ESTERILIZAÇÃO E REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE.	Unidade	864

Especificação Técnica
(Características mínimas)

EC1012 Especificação Técnica para Sistema de Terapia Por Pressão Negativa em Comodato

Setor	Centro Cirúrgico; UTI; Ambulatórios; Internações; CAIO.	Data: 12/01/2021
--------------	---	-------------------------

Equipamento	Modelo de Terapia	Quantidade de equipamentos
Sistema de Terapia por Pressão Negativa	Contínuo e/ou Intermitente	15 unidades
Sistema de Terapia por Pressão Negativa com Instilação	Controle de pressão dinâmica e/ou Contínuo	05 unidades

1. Descrição:

Sistema de Tratamento por Pressão Negativa para pacientes hospitalizados ou ambulatoriais, indicado para promover a cura e remoção de exsudato em caso de feridas graves, traumáticas e crônicas ou para fechamento secundário de feridas.

2. Características Técnicas:

- 2.1. Portátil com Suporte de fixação;
- 2.2. Alça de transporte;
- 2.3. Tela de Touch Screen;
- 2.4. Deve possuir proteção / resistência contra umidade;
- 2.5. Pressão entre -260mmHg e -15mmHg;
- 2.6. Peso máximo: 3,5 Kg;
- 2.7. Bateria interna com duração mínima de 05 horas;

3. Segurança e alarmes:

- 3.1. Alarmes (visual e sonoro):
 - 3.1.1. Sobreaquecimento;
 - 3.1.2. Sub-aquecimento;
 - 3.1.3. Indicador de oclusão;
 - 3.1.4. Indicador de vazamento e/ou retirada do curativo.

4. Informações Adicionais:

- 4.1. Programação em português;
- 4.2. Deve possuir dispositivo de fixação para instalação em hastes de suporte de soro, cadeiras de rodas ou outros dispositivos de fixação vertical ou horizontal.

5. Alimentação elétrica:

Alimentação de rede elétrica 220V ou Bivolt, 60Hz com padrão de tomada 3P (NBR 14.136).

6. Insumos:

Os insumos devem ser fornecidos vinculados ao fabricante do equipamento que for adquirido e deverão ser previamente aprovados e homologados pelo setor de padronização do ICESP.

Obs: Durante o uso do sistema, caso o equipamento e/ou os insumos apresentem falha, sendo necessário substituir os insumos, a empresa deverá repor todos os insumos utilizados no curativo sem custo à instituição.

7. **Acessórios e Atualizações:** A empresa deverá fornecer todos os acessórios e atualizações necessárias para o funcionamento correto do equipamento.

8. SLA – Níveis de Atendimento de Serviço:

8.1. O nível de serviço será medido através da disponibilidade dos equipamentos, acessórios, ou seja, o tempo em que cada equipamento estará disponível para uso.

Nível de Serviço - SLA	
Descrição	Prazo
A empresa deverá manter 20 equipamentos disponíveis para uso, fornecendo equipamentos backup, em caso de necessidade de interrupção do funcionamento realização de manutenção corretiva, preventiva, calibração e/ou para qualquer outra situação adversa.	Em até 72 horas corridas após a solicitação (chamado técnico via telefone ou e-mail).
A empresa deve fornecer qualquer componente e/ou acessório que seja essencial para o funcionamento correto do equipamento.	Em até 48 horas corridas após a solicitação (chamado técnico via telefone ou e-mail).

9. Vigência do Contrato:

9.1. O prazo de vigência do contrato deverá ser no mínimo de 24 (Vinte e quatro) meses.

A. Da proposta e das condições comerciais:

- A.1.A proposta deverá informar os valores unitários de cada componente;
- A.2.A empresa deverá entregar junto com a proposta, o **catálogo** com figuras e descritivo do equipamento em questão, incluindo a lista de acessórios integrantes;
- A.3.Prazo de **garantia mínima** igual à vigência do contrato;
- A.4.A proposta deverá conter os **prazos de entrega e instalação** do equipamento;
 - A.4.1.Os requisitos para instalação como espaço físico, condições ambientais, energia elétrica, rede lógica, água e gases devem ser especificadas;
- A.5.O transporte do equipamento e seus custos são de responsabilidade da empresa fornecedora e deverá ocorrer, mediante agendamento prévio, durante horário comercial;
- A.6.A empresa deverá fornecer uma lista de referências com pelo menos três clientes usuários do equipamento em questão.

B. Da conformidade a requisitos mínimos de segurança:

- B.1.A empresa deverá apresentar documentos comprobatórios da existência de **registro na ANVISA**, para o referido equipamento e atendimento às normas técnicas vigentes e aplicáveis;

C. Da realização de testes durante o processo de cotação:

- C.1.Poderá ser solicitado pelo Instituto do Câncer de São Paulo à realização de **testes para avaliação do equipamento** ofertado. Neste caso a empresa deverá ceder e instalar, em caráter de **demonstração**, o equipamento no prazo máximo de três dias úteis contados a partir da solicitação;
- C.2.Neste caso a empresa deverá oferecer sem ônus os **acessórios, insumos e assessoria técnica e científica**

necessária a realização de testes por um período mínimo de 5 dias úteis;

C.3. A empresa terá sua proposta desqualificada caso o equipamento apresente **problemas**, de responsabilidade da empresa, que prejudiquem ou impossibilitem a realização dos testes previstos neste item.

C.4. Alternativamente, para fins de avaliação, pode ser solicitada uma **visita técnica** a uma Instituição que já possua o referido equipamento em funcionamento.

D. Da assistência técnica:

D.1. A empresa vencedora deverá possuir assistência técnica competente no Brasil e indicar o **representante exclusivo** mais próximo do Instituto do Câncer de São Paulo;

D.2. A empresa fornecedora deverá realizar sem ônus a manutenção corretiva e preventiva durante a vigência do contrato de fornecimento de insumos, com atendimento em prazo máximo de 48 horas úteis;

D.3. A empresa vencedora deverá oferecer, sem ônus, manual e treinamento técnico para os Técnicos / Engenheiros do Instituto do Câncer de São Paulo;

D.4. A empresa vencedora escolhida deverá realizar atualizações de software que se fizerem necessária, sem ônus ao Instituto do Câncer de São Paulo.

E. Do procedimento de recebimento, instalação, aceitação e treinamento do equipamento:

E.1. A empresa vencedora deverá desembalar, montar e instalar o equipamento na presença de um técnico do Instituto do Câncer de São Paulo, de maneira a conferir a conformidade do equipamento com esta especificação.

E.2. A empresa é responsável pela imediata logística reversa da embalagem no ato da instalação.

E.3. Ao término da instalação a empresa deverá realizar **testes de desempenho mínimo**, com emissão de relatório, que atestem que o mesmo seja considerado apto ao uso;

E.3.1. A aceitação poderá ser condicionada ainda a realização de testes clínicos aplicáveis, com acompanhamento da empresa, para verificar a **eficácia clínica** do equipamento;

E.4. A empresa deverá fornecer, sem ônus, o **treinamento de operação** aos funcionários do Instituto do Câncer de São Paulo, e **manual de operação em português**;

E.5. A empresa deverá ministrar treinamento para equipe clínica e técnica na instalação e 2 vezes ao ano (semestralmente) durante a vigência do contrato, com envio de cronograma e datas a serem aprovadas pela instituição.

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DE REQUISITOS DE HABILITAÇÃO E INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS

**À
FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA**

Eu (nome completo), portador do RG nº XXXXXX e do CPF/MF nº XXXXXXXX, representante legal da empresa (razão social), inscrita no CNPJ nº XXXXXXXXXX, interessado em participar das compras privadas, da Fundação Faculdade de Medicina:

Declaro, sob as penas da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, com as alterações introduzidas pelas Leis Federais 8.883/94, 9.032/95, 9.648/98, 9.854/99 e demais disposições legais pertinentes, que inexistente impedimento legal para licitar ou contratar com a Administração Pública direta ou indireta, em qualquer esfera de sua atuação.

Declaro ainda que os representantes legais devidamente constituídos, não fazem parte do quadro de diretoria, superintendência, gerência, conselho deliberativo, curador, consultivo, gestor, chefe de sessão, de gabinete, de área, de unidade, de setor da Administração Pública direta ou indireta, em qualquer esfera de sua atuação.

Declaro para os devidos fins que estamos de acordo com o conteúdo do edital, memorial descritivo, e se houver toda documentação técnica anexa ao edital.

Declaro, para fins de cumprimento ao disposto no inc. XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, que não empregamos menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não empregamos menores de 16 (dezesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, bem como que comunicaremos qualquer fato ou evento superveniente que altere a atual situação.

Declaro sob as penas da lei, que a interessada detém regularidade fiscal perante as Fazendas Federal, Estadual e Municipal, que se encontra regular perante o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS e o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS, e que não possui qualquer registro de processos de falência ou recuperação judicial e extrajudicial.

Declaro que ocorrendo qualquer alteração com relação ao acima declarado, desde as negociações até eventual assunção e cumprimento de obrigações contratuais, comprometemo-nos a informar à Fundação Faculdade de Medicina por escrito sob pena de responder civil e criminalmente.

Validade: 31/12/2021

São Paulo..... de de 2021

Representante Legal
Identificação

ANEXO III

TERMO DE CADASTRAMENTO E DECLARAÇÃO

A empresa declarante, está ciente de que o presente Termo de Cadastramento e Declaração são partes integrantes do processo de contratação a ser firmado com a **FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA**, entidade privada, sem fins lucrativos, devidamente inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ sob nº 56.577.059/0006-06.

A empresa declarante está CIENTE de que qualquer inverdade nele contida, resultará em interrupção do processo de contratação ou imediata rescisão do contrato, sem qualquer ônus para a CONTRATANTE, respondendo a declarante, judicialmente por eventuais danos causados a CONTRATANTE.

O Termo de Cadastramento representa os esforços da FFM no combate a procedimentos irregulares e ilegais, conforme Política Corporativa de combate a Condutas Antiéticas, Anticorrupção e Antissuborno, no âmbito de sua atuação.

CADASTRAMENTO DE FORNECEDORES E DECLARAÇÃO – DUE DILLIGENCE

_____, pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – CNPJ sob n.º _____, com sede à _____, CEP _____, na Cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, por sua matriz e filiais, neste ato representada por seu sócio _____, Cargo _____, CPF/MF _____, RG _____ e _____, CPF/MF _____, RG _____, ambos com endereço na Rua _____, CEP _____, DECLARA:

Dados necessários para o cadastramento de Fornecedores:

1. Data:	
2. Contato na FFM:	
3. Inscrição Estadual:	
4. Inscrição Municipal:	
5. Telefones de contato:	
6. Endereço eletrônico:	
7. E-mail de contato:	
8. Nome do Banco:	
9. Número da Agência:	

10. Número da Conta Corrente:	
11. Nome dos Acionistas/Sócios Credenciado:	Nome: RG: Nome: RG:
Cópia do contrato social juntamente com a última alteração:	
13. Cópia da procuração quando a empresa for representada por não sócio administrador.	
14. Responder ao questionário abaixo:	

QUESTIONÁRIO

1 – Possui capacidade técnica para execução integral dos serviços contratados?

2 – Informe o nome de outros clientes nos quais prestou serviços similares.

3 – Descreva as atividades de sua empresa.

4 – Algum sócio ou administrador possui vínculo empregatício com a FFM? Em caso positivo, descreva o cargo e local da prestação de serviços.

5 - Algum sócio o administrador, nos últimos 3 (três) anos foi funcionário público, político ou ocupante de cargo de confiança ou possui vínculo jurídico, político, celetista ou estatutário no Complexo HCFMUSP? Em caso positivo, descreva qual a função, o órgão público e local da atuação.

6 – Algum sócio ou administrador concorre a cargo público (seja por concurso ou político)? Em caso positivo, qual a entidade ou cargo público que concorre?

7 – Algum sócio ou administrador é cônjuge ou vive em união estável, é neto(a), pai, mãe, filho(a), tio(a) ou sobrinho(a), de algum funcionário público do Complexo HCFMUSP? Em caso positivo, informe o grau de parentesco, a entidade e o local da prestação de serviços do parente.

Em nome de _____ (empresa credenciada), DECLARO, sob as penas da lei, que todas as informações prestadas são verdadeiras e corretas.

Local, __ data __

Nome legível:

RG:

Cargo:

Assinatura: