

**COMPRA PRIVADA FFM / ICESP 1730/2021
CONCORRÊNCIA – PROCESSO DE COMPRA FFM RC Nº 6481/2021**

São Paulo, 27 de Outubro 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 6481/2021**, do tipo **MENOR PREÇO** para contratação de empresa especializada em fornecimento de "**MATERIAIS MÉDICOS – OPME - IMPLANTES PARA CIRURGIAS DE CABEÇA E PESCOÇO E CRÂNIO MAXILO FACIAL**" 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. Aquisição de MATERIAIS MÉDICOS – OPME - IMPLANTES PARA CIRURGIAS DE CABEÇA E PESCOÇO E CRÂNIO MAXILO FACIAL;

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 as 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 acumulado nos últimos 12 meses;
- 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 10/11/2021 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. 6481/2021 - REF. Aquisição de MATERIAIS MÉDICOS – OPME - IMPLANTES PARA CIRURGIAS DE CABEÇA E PESCOÇO E CRÂNIO MAXILO FACIAL.

- 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. Aquisição de MATERIAIS MÉDICOS – OPME - IMPLANTES PARA CIRURGIAS DE CABEÇA E PESCOÇO E CRÂNIO MAXILO FACIAL:

- **CONFIDENCIAL**
- **CONCORRÊNCIA PROCESSO FFM RC Nº. 6481/2021**
- **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:

- C) 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. Caso a empresa ganhadora não seja o fabricante do produto, a mesma deverá apresentar a carta de credenciamento do fabricante ou a carta de exclusividade do produto. Para produtos importados, a carta deverá estar traduzida e juramentada.
- 7.3. 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.
- 7.4. 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 sítio 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 acumulado nos últimos 12 meses.;
- 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 - A apresentação da carta de credenciamento do fabricante ou exclusividade do produto e obrigatória para os distribuidores, a falta destes documentos acarretará na desclassificação imediata da empresa.
- 13 - O instrumentador deverá adequar-se às normas internas, conforme regulamento a terceiros, conforme item 23 deste descritivo (SLA);
- 14 - O Fornecedor deverá manter no ICESP 1 (uma) Caixa de Implante e Instrumental de Apoio, para as Cirurgias de Emergência, que atendam no mínimo 2 cirurgias. Sempre que a Caixa de Implantes for utilizada, a mesma deverá ser substituída por uma nova caixa em até 24hs, exceto aos finais de semana e feriados.
- 15 - Encaminhar a discriminação dos itens (Templates) constantes nas Caixas de Implantes, Apoio e de Emergência, para conferência.
- 16 - Disponibilizar 1 (um) Instrumentador Cirúrgico, devidamente habilitado e credenciado conforme normas internas (SLA – OPME – Instrumentador Cirúrgico), para atender as cirurgias solicitadas eletivas e de emergência.
- 17 - O Instrumentador do fornecedor será responsável por zelar pelos materiais (Implantes) e Caixa de Apoio (Instrumental), comunicando as ocorrências à Enfermeira da sala.
- 18- Se ocorrer alguma avaria nos instrumentais da Caixa de Apoio, o fornecedor será comunicado e deverá proceder a substituição do mesmo.
- 19 - As solicitações dos materiais para as Cirurgias Eletivas (Caixa de Implante e Instrumental de Apoio) serão encaminhadas pelo setor de OPME-ICESP, com prazo mínimo 48 horas de antecedência da data da Cirurgia.
- 20 - O fornecedor deverá entregar os materiais solicitados até às 16h da véspera da cirurgia.
- 21 - Os materiais solicitados para as cirurgias eletivas deverão ser encaminhados e devolvidos no formato “Vai – Vem”.
- 22 - O faturamento deverá ocorrer em até 48h, a partir do envio do email com a Nota Fiscal simbólica (OPME– ICESP) anexada.

Item	Procedimentos atendidos	QTD Procedimentos
1	1. PELVEGLOSSOMANDIBULECTOMIA TOTAL (BILATERAL) 2. MANDIBULECTOMIA TOTAL (BILATERAL) 3. MAXILECTOMIA TOTAL (BILATERAL) 4. RECONSTRUÇÃO POR MICROCIURURGIA DE MANDIBULA TOTAL (BILATERAL) 5. RECONSTRUÇÃO POR MICROCIURURGIA DE MAXILA TOTAL (BILATERAL)	30
	Descrição dos Materiais	QTD
	PLACA ANGULADA (GRANDE)	2
	PARAFUSO PARA PLACA ANGULADA	12
	PLACA MICRO L (DIREITA OU ESQUERDA)	2
	PARAFUSO PARA PLACA MICRO	12
	PLACA RETA 12 FUIROS	2
	PARAFUSO PARA PLACA RETA	24

Item	Procedimentos atendidos	QTD Procedimentos
2	6. PELVEGLOSSOMANDIBULECTOMIA PARCIAL (UNILATERAL) 7. MANDIBULECTOMIA PARCIAL (UNILATERAL) 8. MAXILECTOMIA PARCIAL (UNILATERAL) 9. RECONSTRUÇÃO POR MICROCIURURGIA DE MANDIBULA PARCIAL (UNILATERAL) 10. RECONSTRUÇÃO POR MICROCIURURGIA DE MAXILA PARCIAL (UNILATERAL)	80
	Descrição dos Materiais	QTD
	PLACA ANGULADA (GRANDE)	1
	PARAFUSO PARA PLACA ANGULADA	6
	PLACA MICRO L (DIREITA OU ESQUERDA)	1
	PARAFUSO PARA PLACA MICRO	6
	PLACA RETA 12 FUIROS	1
	PARAFUSO PARA PLACA RETA	12

Item	Procedimentos atendidos	QTD Procedimentos
3	11. MAXILECTOMIA PARCIAL (UNILATERAL) COM EXENTERAÇÃO DE ORBITA 12. MAXILECTOMIA TOTAL (BILATERAL) COM EXENTERAÇÃO DE ORBITA	10
	Descrição dos Materiais	QTD
	PLACA PARA ASSOALHO ORBITAL	1
	PARAFUSO PARA PLACA DE ASSOALHO ORBITAL	6
	PLACA MICRO DUPLO Y	1
	PARAFUSO PARA PLACA MICRO DUPLO Y	6
	PLACA ORBITAL 6 FUIROS	1
	PARAFUSO PARA PLACA ORBITAL	6
	PLACA RETA (6 FUIROS)	1
PARAFUSO PARA PLACA RETA	6	

23 - SLA – OPME Instrumentador Cirúrgico

Para atuar no ICESP, com a finalidade de garantir a qualidade e a segurança no atendimento aos pacientes em procedimentos cirúrgicos, quando a presença do instrumentador cirúrgico da Contratada for necessária, somente poderão atuar no ICESP aqueles que estiverem previamente cadastrados, com suas credenciais e documentos de formação, terem realizado capacitação / ambientação prévia no ICESP e assinatura do termo de responsabilidade.

Para tal, a CONTRATADA deverá fornecer a CONTRATANTE á partir da assinatura do contrato e/ou seus aditivos, as seguintes informações e documentos:

- (I) Identificação de um profissional de contato da CONTRATADA, que será responsável pelo encaminhamento dos instrumentadores cirúrgicos e coleta das documentações destes profissionais identificados para atuar no ICESP (Nome, telefone e endereço de e-mail).
- (II) Lista completa dos profissionais instrumentadores cirúrgicos que poderá atuar no ICESP, incluindo nome RG e data de Nascimento (Att: gestao.pessoas@icesp.org.br).
- (III) Cópia (escaneada, legível e frente e verso) dos seguintes documentos: Certificados de conclusão de Curso de Instrumentação Cirúrgica, carteira COREN (se profissional auxiliar ou técnico de enfermagem), documento do profissional com foto (RG, CNH), Ficha cadastral do ICESP preenchida, assinada e Legível (anexo II) e Termos de Atividades Permitidas e Deveres de Instrumentadores Cirúrgicos Externos do ICESP (anexo III) (Att.: gestao.pessoas@icesp.org.br);

Os profissionais alocados para atuação no ICESP que não passaram por cadastramento prévio deverão:

- (IV) Chegar com antecedência no Centro Cirúrgico munidos da cópia do certificado de instrumentador cirúrgico (frente e o verso do documento), carteira do COREN, se houver (frente e o verso do documento), cópia de documento com foto (RG, CNH) (frente e verso);
- (V) O instrumentador da CONTRATADA deverá preencher e assinar a ficha cadastral do ICESP (anexo II);
- (VI) Tomar ciência e assinar os **Termos de Atividades Permitidas e Deveres de Instrumentadores Cirúrgicos Externos** do ICESP (anexo III);
- (VII) Realizar o treinamento institucional a ser ministrado pela área assistencial do Centro Cirúrgico, assinando lista de presença;

Ficará a cargo do responsável da área assistencial do Centro Cirúrgico, autorizar a entrada do profissional para sua atuação em cirurgia. Os profissionais que apresentarem pendências na documentação poderão ser autorizados uma única vez e serão orientados para apresentar a documentação remanescente até o próximo procedimento cirúrgico, caso ele seja convocado. Os documentos pendentes poderão ser encaminhados para a área de Gestão de Pessoas do ICESP, escaneados frente e verso e legíveis (Att: gestao.pessoas@icesp.org.br).

Caso o ICESP realize o cancelamento de procedimento cirúrgico quer pela inobservância das Condições acima, quer pela ausência do instrumentador em atendimento ao procedimento agendado, aplicará a multa de 10% sobre o valor das Órteses, Próteses e Materiais Especiais que seriam utilizados no paciente, sem prejuízo da Cláusula do Contrato que diz respeito às MULTAS.

Será informado ao profissional de contato da CONTRATADA, já referenciado anteriormente, o (s) profissional (is) cuja formação não for confirmada pela Instituição de ensino de origem, não estando mais apto (s) a atuar no ICESP, devendo ser substituído imediatamente.

ANEXO II – FOLHA 01



FORMULÁRIO PARA CADASTRO DE PROFISSIONAIS

PROFISSIONAIS TERCEIROS	
(preencher em letra de forma)	
Nome completo	
Nacionalidade	
País de origem e Data entrada no país	
Estado e município de nascimento	
Estado Civil	
Sexo	
Cor	
Data de nascimento	
RG	
Orgão e Estado emissor	
Data de emissão	
CPF	
Celular	
Data de Admissão	
Nome da Empresa	
Cargo	
Carga Horária	
Conselho, Número e UF do Conselho	
CEP (residencial)	
Logradouro (R., Av., etc) e Nº	
Complemento	
Bairro	
Cidade	
UF	

ANEXO II – FOLHA 02



FORMULÁRIO PARA CADASTRO DE PROFISSIONAIS

PROFISSIONAIS TERCEIROS	
Telefone residencial	
Opção do uso de E-mail	() E-mail Pessoal () E-mail Cooperativo
E-mail Pessoal	
Nome do pai	
Nome da mãe	
Escolaridade:	() 1º grau incompl. () 1º grau compl. () 2º grau incompl. () 2º grau compl. () Outros - Especificar abaixo:
() Fundamental / Médio	Nome da Instituição de Ensino:
	Ano de Conclusão:
() Curso Técnico	Curso: _____ Ano de conclusão: _____
	Nome da Instituição de Ensino: _____
() Graduação	Curso: _____ Ano de conclusão: _____
	Nome da Instituição de Ensino: _____
Data do preenchimento	
Declaro sob Responsabilidade que São Verdadeiras as Informações Contidas neste Documento.	
Assinatura do Colaborador	
Assinatura e Carimbo do Responsável	

ANEXO III – FOLHA 01

TERMO DE ATIVIDADES PERMITIDAS E DEVERES DE INSTRUMENTADORES CIRURGICOS EXTERNOS



Atividades permitidas

- Organizar as órteses e próteses de sua responsabilidade.
- Certificar-se que as órteses e próteses de sua responsabilidade estão em estado adequado de uso.
- Prestar esclarecimentos técnicos sobre as órteses e próteses de sua responsabilidade.
- Auxiliar a equipe multiprofissional na realização dos procedimentos/cirurgia órteses e próteses de sua responsabilidade.
- Realizar as etapas de segurança em todos os procedimentos e práticas da área de atuação.
- Notificar ao enfermeiro responsável pela cirurgia qualquer problema observado.
- Cumprir e fazer cumprir as normas de segurança e higiene do ICESP, visando manter a integridade física dos Funcionários e Pacientes.
- Cumprir as diretrizes relacionadas aos Programas/Políticas de Qualidade, Gestão do Risco e SCIH em sua área atuação.
- Cumprir as diretrizes institucionais estabelecidas na política de adornos, que proíbem uso de qualquer adorno em ambiente cirúrgico.

Comportamentos esperados

- Acolher os pacientes e acompanhantes com atenção e respeito, proporcionando a dignidade e valorização do ser humano.
- Agir de maneira alinhada com as diretrizes de Missão, Visão e Valores do ICESP.
- Auxiliar os colegas na execução de atividades quando necessário.
- Certificar-se de que as informações transmitidas foram compreendidas pelas pessoas.
- Compreender o impacto de suas atribuições nas diversas áreas do ICESP.
- Concentrar-se na execução das atividades, garantindo a segurança, evitando erros ou retrabalho.
- Cumprir as normas e procedimentos internos, bem como fluxos de trabalho estabelecidos.
- Cumprir de maneira responsável seu horário de trabalho, sendo pontual e assíduo.
- Cumprir as atividades com qualidade.
- Evitar comentários que afetem negativamente os parceiros e o ambiente de trabalho no ICESP.
- Evitar que questões pessoais e conflitos de interesse afetem o desempenho das atividades de trabalho.
- Reconhecer os eventuais erros cometidos nas atividades, apresentando disposição para solucioná-los.
- Zelar pelo local de trabalho, mantendo-o organizado e acessível para a continuidade dos trabalhos.

Circunstâncias éticas

- Preservar o sigilo e a confidencialidade das informações as quais tiver acesso.

Página 1 de 2

ANEXO III – FOLHA 02

TERMO DE ATIVIDADES PERMITIDAS E DEVERES DE INSTRUMENTADORES CIRURGICOS EXTERNOS



- É proibida a venda de produtos ou serviços, na forma de atividade paralela, isolada ou contínua, nas dependências do ICESP.
- É proibida a oferta de presentes como descontos ou bens de consumo, e entretenimento: viagens e/ou estadias, "happy hour", ingressos e ou convites de espetáculos e eventos, dentre outros aos colaboradores do ICESP.
- Não é permitido fotografar, filmar pacientes e apoderar-se de documentos.
- É proibido utilizar-se em benefício próprio de produtos e serviços do ICESP.
- Não receber ou dar respostas a profissionais da mídia sobre os assuntos do ICESP.
- Não submeter artigos ou resenhas não científicas com as informações do ICESP.
- Não reproduzir documentos do ICESP.
- Não usar informações do ICESP e/ou colaboradores em benefício próprio ou de outrem.
- Não envolver em conversas sobre pacientes ou colaboradores do ICESP fora deste ambiente.
- Se, filiado a uma organização com ou sem fins lucrativos:
 - Não permitir que sua filiação a uma organização sem fins lucrativos interfira nas atividades para os quais foi designado ao ICESP.
 - Não fazer propaganda internamente com o sentido de arregimentar mais afiliados.
 - Não relacionar o nome do Instituto a essas atividades.
 - Não desviar pacientes.
- Se, envolvido com atividades cívicas e políticas:
 - Não relacionar o nome do Instituto a essas atividades.
 - Não fazer propaganda internamente.
 - Não fazer divulgação de informações do ICESP.
- Zelar e cuidar dos recursos do ICESP a fim de evitar que estes sejam roubados, danificados e provoquem prejuízos para a instituição.
- Guardar e zelar pela total segurança de suas propriedades pessoais, quando as mesmas estiverem sendo utilizadas nas dependências do Instituto.
- Não difamar, caluniar, injuriar ou discriminar qualquer pessoa, seja ele colaborador, cliente, fornecedor ou prestador de serviço.

Eu, _____, da
empresa _____, confirmo para os devidos fins, que estou
ciente das informações registradas neste TERMO e devo cumprir as normas e práticas nele
estabelecidas.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Assinatura

Página 2 de 2

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: