

**PROPOSTA DE PREÇOS**

À  
**Pregoeira**  
**Prefeitura Municipal de Itaitinga/CE**  
**Processo nº 0504.01/2016/PP**  
**Modalidade: Pregão Presencial**  
**Data de Abertura: 20/04/2016**  
**Horário de Abertura: 09h:00m**  
**Ref.: Proposta de preços**

**OBJETO:** LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE, COMPREENDENDO: CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO PORTÁTIL; ASPIRADOR DE SECREÇÃO DE 03 LITROS; BIPAP COM FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA, DESTINADOS A SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ITAITINGA/CE.

Através do presente, declaramos inteira submissão aos ditames da Lei nº 8.666/93, suas posteriores alterações e as cláusulas e condições previstas no Pregão Presencial acima mencionado.

Perfaz o valor global da presente proposta em R\$80.550,00 (Oitenta Mil Quinhentos e Cinquenta Reais).

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UNID	QTD	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
01	LOCAÇÃO DE 02 (DOIS) CONCENTRADORES DE OXIGÊNIO PORTÁTIL, COM ACESSÓRIOS INCLUSOS BEM COMO INCLUSO MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA.	MÊS	09	R\$2.200,00 (DOIS MIL E DUZENTOS REAIS)	R\$19.800,00 (DEZENOVE MIL E OITOCENTOS REAIS)
02	LOCAÇÃO DE 05 (CINCO) ASPIRADORES DE SECREÇÃO, COM ACESSÓRIOS INCLUSOS, BEM COMO INCLUSO MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA.	MÊS	09	R\$750,00 (SETECENTOS E CINQUENTA REAIS)	R\$6.750,00 (SEIS MIL SETECENTOS E CINQUENTA REAIS)
03	LOCAÇÃO DE 04 (QUATRO) BIPAP COM FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA - BINIVEL, GERADOR DE FLUXO COM DOIS NÍVEIS DE PRESSÃO, INSPIRATÓRIA E EXPIRATÓRIA (SUPORTE DE PRESSÃO COM GARANTIA DE VOLUME MÉDIO ATRAVÉS DA OSCILAÇÃO DA	MÊS	09	R\$6.000,00 (SEIS MIL REAIS)	R\$54.000,00 (CINQUENTA E QUATRO MIL REAIS)

<p>PRESSÃO INSPIRATÓRIA) DEVE CONTEMPLAR OS MODOS VENTILATÓRIOS MÍNIMOS DE PRESSÃO S, ST, T E PC (ESPONTÂNEO, ESPONTÂNEO CONTROLADO, CONTROLADO E PRESSÃO CONTROLADA), VISOR COM INDICADORES NUMÉRICOS DE PARÂMETROS AJUSTÁVEIS; COM AJUSTE, DEPRESSÃO, LNSPLAAI6121A E, EXPIRATÓRIA, COMPENSAÇÃO, AUTOMÁTICA NA PRESENÇA DE VAZAMENTO MAIOR OU IGUAL QUE 60 L/MIN; ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA BI VOLT 120/220 VOLTS AUTOMÁTICO; OS AJUSTES VENTILATÓRIOS DEVEM PERMITIR OS INTERVALOS DE NO MÍNIMO IPAP DE 4 A 30 CM DE H<sub>2</sub>O, EPAP DE 4 A 20 CM H<sub>2</sub>O, CPAP DE 4 A 20 CM H<sub>2</sub>O; FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA ATÉ 30 IPM, TEMPO, INSPIRATÓRIO DE, A 3 SEGUNDOS, MINUTOS; TEMPO DE SUBIDA 150-600MS; TELA DE LCD DE PRESSÃO: COMPENSAÇÃO DE VAZAMENTO; ALARMES DE FALHA ELÉTRICA, DESCONEXÃO, APNÉIA, VOLUME MINUTO BAIXO. MANITORAMENTO: VAZAMENTO NÃO INTENCIONAL, FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA, VOLUME MINUTO, VOLUME TOTAL EXPIRADO. ACOMPANHADO DE BASE DE UMIDIFICAÇÃO DEVERÁ SER ENTREGUE ANUALMENTE PARA CADA EQUIPAMENTO: 01 FILTRO BACTERIOLÓGICO, 01 CIRCUITO (TRAQUEIAS), 01 (CÂMARA DE UMIDIFICAÇÃO), 01 MÁSCARA FACIAL NASAL. INCLUSO MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA.</p>				
---	--	--	--	--

Handwritten marks and signatures on the right margin.



**VALOR UNITÁRIO POR EQUIPAMENTO:**

- ITEM 01: R\$1.100,00 (UM MIL E CEM REAIS)
- ITEM 02: R\$150,00 (CENTO E CINQUENTA REAIS)
- ITEM 03: R\$1.500,00 (UM MIL E QUINHENTOS REAIS)

**VALOR GLOBAL DA PROPOSTA POR 09 (NOVE) MESES: R\$80.550,00**  
**(OITENTA MIL QUINHENTOS E CINQUENTA REAIS)**

Declaro para os devidos fins que esta proposta se vincula ao termo de referência no que tange a execução dos serviços a serem realizados. Que todos os parâmetros elaborados no anexo 1 serão fielmente cumpridos dentro das normas ao qual lhe são aplicadas.

Obs.: Nos valores acima estão compreendidos, além do lucro, encargos sociais, taxas e seguros, quaisquer despesas de responsabilidade do proponente que, direta ou indiretamente, decorram da execução do objeto licitado, na forma e condições previstas no Edital e seus Anexos.

**Razão Social:** Locmed Hospitalar Ltda;

**CNPJ N°:** 04.238.951/0001-54;

**Endereço:** Avenida Santos Dumont, 1719 – Lojas 04 e 05 – Aldeota – Fortaleza – CE –  
CEP: 60.150-160;

**Fone:** (85)3033.2727

**Fax:** (85)3033.2704

**Email:** licitacao@locmed.com.br

**Banco:** Banco do Brasil-Agência;

**Agência N°:** 3140-2;

**Conta Corrente N°:** 8237-6;

**Validade da Proposta:** 60 (sessenta) dias.

CARTÓRIO  
1ª Ofício de Notas e Protestos

Fortaleza-CE, 19 de Abril de 2016.

1o OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS FORTALEZA  
Av. Santos Dumont, 2677. Fone 3462-6400  
Ced: 2,00 FERN: 0,13 FERC: 0,79 IBS: 0,10  
FADEP: 0,10

Reconheço por semelhança firma(s) de:  
CARLOS ALBERTO MENDES SOUSA \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

Fortaleza, 19/04/2016 09:36:31 16963  
EM TESTEMUNHO DA VERDADE

*Carlos Alberto Mendes Sousa*  
**LOCMED HOSPITALAR LTDA.**  
**CARLOS ALBERTO MENDES SOUSA**  
**PROMOTOR DE VENDAS**

Francisco Leão d  
02674653  
VALIDO SOMENTE COM

BRENDA C. SILVA P. DA COSTA  
Auxiliar de Cartório  
CTPS 3575542

