

Solicitação de Orçamento – SBS:051/2020

Prezado (a),

Solicitamos de vossa senhoria o orçamento, *de Aquisição Mensal para Hemodiálise* conforme descrição abaixo, em papel timbrado da empresa (ou este devidamente preenchido por vossa empresa) constando: CNPJ, Inscrição Estadual e/ou Inscrição Municipal, endereço, telefone, nome do vendedor e prazo de entrega do produto ou serviço e informação quanto ao frete (CIF ou FOB), para darmos continuidade na tramitação para *Aquisição para hemodiálise* abaixo citados.

DESCRIÇÃO DO OBJETO

| Item | Código | Medicamento | Apres | Quant. |
|------|--------|---|------------|--------|
| 1 | 1002 | ÁCIDO PERACÉTICO 3.4%. COM 5 LITROS, PARA DESINFECÇÃO DE MAQUINAS | GALÃO | 20 |
| 2 | 1003 | ÁCIDO PERACÉTICO 2%. COM 5 LITROS, PARA DESINFECÇÃO DE DIALISADORES | GALÃO | 20 |
| 3 | 1012 | AGULHA PARA FÍSTULA Nº 16 | PAR AGULHA | 1500 |
| 4 | 1013 | AGULHA PARA FÍSTULA Nº 17 | PAR AGULHA | 500 |
| 5 | 1084 | DIALISADOR DE FIBRAS CAPILARES EM POLISSULFONA 2.2 M ALTO FLUXO | UND | 200 |
| 6 | 2782 | DIALISADOR DE FIBRAS CAPILARES EM POLISSULFONA 2.1 M REPROCESSAVEL | UND | 240 |
| 7 | 2780 | DIALISADOR DE FIBRAS CAPILARES EM POLISSULFONA 1.8 ALTO FLUXO | UND | 180 |
| 8 | 1083 | DIALISADOR DE FIBRAS CAPILARES EM POLISSULFONA 1.9 M REPROCESSÁVEL | UND | 240 |
| 9 | 1189 | ISOLADOR CONDUTOR DE PRESSÃO ESTÉRIL - | UND | 1.500 |
| 10 | 1231 | SOLUÇÃO ÁCIDA PARA HEMODIÁLISE , CONCENTRAÇÃO 1,34 ACONDICIONADA | UND | 1.000 |
| 11 | 1234 | SOLUÇÃO BÁSICA PARA HEMODIÁLISE , CONCENTRAÇÃO 1,34 CONCENTRAÇÃO | UND | 1.000 |
| 12 | 1607 | KIT LINHAS DE SANGUE VENOSA E ARTERIAL,DESCARTÁVEL, POSSUIR DATA | KIT | 300 |
| 14 | 1186 | HIPOCLORITO 10% 20L | GALÃO | 2 |
| 15 | 1196 | LINHA DE SANGUE ARTERIAL 8MM SEM CATABOLHA. POSSUIR EXTERNAMENTE | UND | 200 |
| 17 | 1197 | LINHA DE SANGUE VENOSA 8MM C. CATABOLHA 20ML. ADULTO | UND | 200 |
| 18 | 1805 | Protetor de CONE EM PLÁSTICO | UND | 1.000 |
| 19 | 1803 | Cateter Triplo Lumen para hemodiálise 11,5cm x 15cm | UND | 15 |
| 20 | 1804 | Cateter Triplo Lumen para hemodiálise 11,5cm x 20cm | UND | 15 |



Local de Entrega: Os Medicamentos/Materiais/Exames deverão ser entregues no Almoxarifado do Hospital Municipal de Santarém. Av. Presidente Vargas, 1539, CEP: 68005.110-fone: 3523-2155-Santarém-PA

Prazo de Resposta da proposta: 02 (Dois) dias após a publicação no Site do Instituto.

As propostas devem ser enviadas para o e-mail:

marcelo.cabrera@panamericano.org.br

Forma de Pagamento: Os pagamentos serão efetuados de acordo com os itens efetivamente entregues e o aceite da Nota Fiscal pela Coordenadora do Almoxarifado.

O pagamento será por meio do Instituto Panamericano de Gestão –IPG (CNPJ: 14.707.792/0002-24), conforme negociação de prazo entre as partes, através de depósito em conta ou boleto bancário.

Em caso de depósito em conta, deve ser informado no corpo da nota fiscal os dados bancários, referentes a empresa contratada.

***Caso as empresas vencedoras do certame não emitam boleto bancário ou não tenham conta na Caixa Econômica Federal, o valor das despesas com TED ou TEV para pagamento, será automaticamente abatido do valor a ser pago**

Certidões: Solicitamos que seja apresentado ao Setor de Compras do IPG juntamente com a Proposta de Preço, impreterivelmente as 05 (cinco) Certidões, vigentes, abaixo descritas:

- Certidão Negativa de Débitos junto a Secretaria da Receita Federal;
- Certidão Negativa de Débitos junto ao FGTS;
- Certidão Negativa de Débitos junto ao Estado do Pará
- Certidão Negativa de Débitos junto ao Município (ISSQN) da sede da empresa (Em caso de Prestador de serviços)
- Certidão Negativa Trabalhista

*As Certidões solicitadas acima serão exigidas também no ato do pagamento da (s) empresa (s) vencedora (s).

Santarém/PA, 02 de Abril 2020.



Marcelo Cabrera

Setor de Compras - Instituto Panamericano de Gestão

IPG

