

## Solicitação de Orçamento – SBS:080/2020

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	Base Mensal	Estoque C.A.F 03/06/2020	PEDIDO PARA 30
1	1002	ÁCIDO PERACÉTICO 3.4%. COM 5 LITROS, PARA DESINFECÇÃO DE MAQUINAS	GALÃO	20	12	12
2	1003	ÁCIDO PERACÉTICO 2%. COM 5 LITROS, PARA DESINFECÇÃO DE DIALISADORES	GALÃO	12	4	12
3	1012	AGULHA PARA FÍSTULA Nº 16	PAR AGULHA	1200	480	1500
4	1013	AGULHA PARA FÍSTULA Nº 17	PAR AGULHA	300	1.100	500
5	1084	DIALISADOR DE FIBRAS CAPILARES EM POLISSULFONA 2.2 M ALTO FLUXO	UND	180	360	200
6	2782	DIALISADOR DE FIBRAS CAPILARES EM POLISSULFONA 2.1 M REPROCESSAVEL	UND	240	190	240
7	2779	DIALISADOR DE FIBRAS CAPILARES EM POLISSULFONA 1,7 M REPROCESSAVEL	UND	240	100	240
8	1083	DIALISADOR DE FIBRAS CAPILARES EM POLISSULFONA 1.9 M REPROCESSÁVEL	UND	240	0	240
9	1189	ISOLADOR CONDUTOR DE PRESSÃO ESTÉRIL -	UND	1.500	600	1.500
10	1231	SOLUÇÃO ÁCIDA PARA HEMODIÁLISE , CONCENTRAÇÃO 1,34 ACONDICIONADA	UND	1.200	1.000	800
11	1234	SOLUÇÃO BÁSICA PARA HEMODIÁLISE , CONCENTRAÇÃO 1,34 CONCENTRAÇÃO	UND	1.300	950	1.000
12	1607	KIT LINHAS DE SANGUE VENOSA E ARTERIAL,DESCARTÁVEL, POSSUIR DATA	KIT	300	340	300
14	1186	HIPOCLORITO 10% 20L	GALÃO	2	1	2
15	1196	LINHA DE SANGUE ARTERIAL 8MM SEM CATABOLHA. POSSUIR EXATERNAMENTE	UND	180	420	200
17	1197	LINHA DE SANGUE VENOSA 8MM C. CATABOLHA 20ML. ADULTO	UND	200	140	240
18	1805	Protetor de CONE EM PLÁSTICO	UND	1.000	1.000	1.000
19	1803	Cateter Triplo Lumen para hemodiálise 11,5cm x 15cm	UND	30	15	30
20	1608	REAGENTE PARA ACIDO PERACÉTICO 100ML	UND	20	12	20
21	1804	Cateter Triplo Lumen para hemodiálise 11,5cm x 20cm	UND	30	12	30



**Local de Entrega:** Os Medicamentos/Materiais/Exames deverão ser entregues no Almojarifado 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](mailto: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 Almojarifado.

**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, 08 de Junho 2020.**



Marcelo Cabrera

Setor de Compras - Instituto Panamericano de Gestão

IPG

