

EDITAL/SOLICITAÇÃO DE ORÇAMENTO

O instituto Alcance Gestão em Saúde – IAGS, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como organização social no âmbito do Estado de Goiás, vem através deste, tornar publico a Compra/Contratação abaixo destacada e solicitar orçamento no mercado para o seguinte objeto.

1. OBJETO

COTAÇÃO/MODALIDADE
PEDIDO DE COTAÇÃO PROCESSO Nº 021
MENOR PREÇO POR ITEM

OBJETO
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS MENSAL - HOSPITAL MUNICIPAL GUMERCINDO BARBOSA - HMGB, visando atender o contrato de gestão pactuado entre esta Organização Social e o Município de Alto Paraíso GO, conforme condições abaixo estipuladas e detalhamento dos itens na Solicitação de Compras -SC anexa.

FORMA DE APRESENTAÇÃO DAS PROPOSTAS
PRAZO MÁXIMO PARA ENTREGA DAS PROPOSTAS: 19/11/2024 A 27/11/2024 ÀS 23:59HS.
Obs: Tendo em vista o período necessário para autorizações superiores, os fornecedores que participarem desta cotação declaram implicitamente em aceitar e garantir a validade da proposta pelo prazo de 20 dias após encerramento do prazo de cotação informado acima.
Obs: local de apresentação das propostas compra direta ou contratação direta: maike.borges@institutoalcance.org.br ou whatsapp: 62 99606-3055
OBS:local de apresentação das propostas caso seja cotação eletrônica plataforma HUMA ID:

- 1.1 Condições de pagamento pretendida na presente Aquisição/Contratação: Á VISTA
 - 1.2 Os preços propostos devem incluir todos os impostos e fretes.
 - 1.3 OBS: OS VALORES A SEREM COTADOS DEVERÃO SER FIXOS E DEVEM ESTAR INCLUSAS TODAS AS DESPESAS COM A ENTREGA DO SERVIÇO/PRODUTO, ALÉM DE TODOS OS IMPOSTOS, ENCARGOS, COBRANÇAS, TAXAS, TARIFAS, ETC;
 - 1.4 Prazo Máximo entrega: 3 DIAS
 - 1.5 OBS: O FORNECEDOR DEVERÁ ESPECIFICAR EM SUA PROPOSTA O PRAZO REAL/ESTIMADO DE ENTREGA.
2. Após confirmação do pedido e autorização deste INSTITUTO, os itens deverão ser entregues pela empresa vencedora no endereço:

HOSPITAL MUNICIPAL GUMERCINDO BARBOSA – HMGB
Endereço: Rua São José operário número 400Lote 01 Qd059
73.770-000 Alto Paraíso de Goiás
Bairro: Núcleo urbano
Telefone: 3446 1103

- a) As Notas Fiscais deverão ser emitidas em nome do instituto alcance gestão em saúde – CNPJ FILIAL Nº 27.949.878.0006-39. As Notas Fiscais deverão possuir OBRIGATORIAMENTE no campo de observações, os dizeres: PROCESSO 021/2024 - CONTRATO DE GESTÃO 211/2024; FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO PARAÍSO (GO). FAVOR INSERIR NA NF OS DADOS BANCARIOS PARA PAGAMENTO.

2.1 Ao participarem desta cotação, os fornecedores declaram terem o pleno conhecimento e aceitabilidade das condições aqui estipuladas e, ao apresentarem suas propostas de preço, assumem conhecer o que consta neste Edital e aceitar todas as condições nele estipuladas.

2.2 Serão declaradas vencedoras as empresas que apresentarem as propostas mais vantajosas ao INSTITUTO ALCANCE, desde que seja comprovada sua condição de habilitação através de documentos e da emissão das certidões negativas de débitos, atualizadas e válidas, sendo a princípio, as seguintes:

2.2.1 Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (Cartão CNPJ)

2.2.2 Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante apresentação de certidão conjunta de débitos relativos a tributos federais e dívida ativa da união.

2.2.3 Prova de regularidade para com o Estado de residência do fornecedor, mediante apresentação de certidão negativa de débitos relativo aos tributos Estaduais.

2.2.4 Prova de regularidade mediante apresentação da certidão negativa de débitos relativo ao FGTS.

2.2.5 Prova de regularidade, referente a dívidas trabalhistas, mediante a apresentação de certidão negativa de débitos trabalhistas – CNDT.

2.2.6 Certidão negativa municipal (em caso de serviços) / Alvará Sanitário / Atestado de capacidade técnica. Ficando a critério do INSTITUTO ALCANCE/área técnica solicitar documentos para se comprovar a habilitação jurídica, fiscal, qualificação técnica e qualificação econômica financeira das empresas, etc, item a ser modificado conforme cada caso.

Goiânia-Go, 19 DE NOVEMBRO de 2024

Hospital Municipal Gumercindo Barbosa – HMGB
Instituto Alcance Gestão em Saúde – IAGS
Maike Wilton da Silva Borges
Comprador

DADOS DA PROPOSTA

Nro Proposta	Nro Gerencial	Abertura	Encerramento	Nro Comprador	Situação
10	166421	19/11/2024 11:45	27/11/2024 23:59	021/2024	Publicada

Descrição da proposta

HMGB - AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS MENSAL

Prazo Entrega	Forma Pagamento	Condições Pagamento	Período
3	DEPÓSITO EM C/C	A VISTA	

OBSERVAÇÕES

O INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE- IAGS, TORNAR PÚBLICA A COMPRA/CONTRATAÇÃO ABAIXO DESTACADA, E SOLICITA ORÇAMENTO PARA COMPRA DIRETA COM O SEGUINTE OBJETO: PROCESSO Nº 021/2024 – AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS MENSAL . ESTA COTAÇÃO PODERÁ SE ENCERRAR A QUALQUER MOMENTO A CRITÉRIO DO IAGS. 1. AS PROPOSTAS APRESENTADAS DEVERÃO TER VALIDADE MÍNIMA DE 20 DIAS. 1.1 OS VALORES A SEREM COTADOS DEVERÃO SER FIXOS E DEVEM ESTAR INCLUSAS TODAS AS DESPESAS COM A ENTREGA DO SERVIÇO /PRODUTO, ALÉM DE TODOS OS IMPOSTOS, ENCARGOS, COBRANÇAS, TAXAS, TARIFAS ETC; 1.2 OS ITENS DEVERÃO TER VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. 1.3 O FORNECEDOR DEVERÁ ESPECIFICAR EM SUA PROPOSTA O PRAZO ESTIMADO DE ENTREGA DO SERVIÇO/ PRODUTO. APÓS CONFIRMAÇÃO DA ORDEM DE FORNECIMENTO E AUTORIZAÇÃO DESTE INSTITUTO ALCANCE, OS ITENS DEVERÃO SER ENTREGUES NO SEGUINTE ENDEREÇO: UNIDADE: HOSPITAL MUNICIPAL GUMERCINDO BARBOSA – HMGB - CNPJ:27.949.878/0006-39 ENDEREÇO:R. SÃO JOSÉ OPERÁRIO, Nº400 QDR 059 LOTE 001, ALTO PARAISO -GO. CEP: 73.770-000. DESTACAR NA NOTA FISCAL OS SEGUINTE DIZERES: Nº DO PROCESSO 021/2024 - CONTRATO DE GESTÃO 211/2024 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO PARAÍSO - (GO)

ENDEREÇO DE COBRANÇA

AV T-0010 74.223-060 SETOR BUENO GOIANIA/GO (62) 9 9606-3055

ENDEREÇO DE ENTREGA

R SÃO JOSÉ OPERARIO - LOTE 001 QUADRA 059 SALA DIRETORIA 73.770-000 NUCLEO URBANO ALTO PARAISO DE GOIAS/GO (62) 9 9606-3055

DADOS DO COMPRADOR

CPF/CNPJ - Nome
27949878000639 - INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - AP
Endereço
R SÃO JOSÉ OPERARIO NUCLEO URBANO CEP: 73770000 ALTO PARAISO DE GOIAS/GO
Telefone
62996063055
Contato/E-mail
MAIKE WILTON DA SILVA BORGES /maike.borges@institutoalcance.org.br

HISTÓRICO DE PUBLICAÇÃO

	Data/Hora	Motivo	Encerramento
Publicação	19/11/2024 11:45	HISTORICO DA PRIMEIRA ABERTURA - INSERIDO AUTOMATICO	27/11/2024 23:59

PRODUTOS/SERVIÇOS

Nro.	Código	Descrição do Item	Qtde	Unidade	Menor Cotação
1	300132	ACIDO TRANEXAMICO 50MFG/ML - AMPOLA 5ML	60,00	AMPOLA	0,0000
2	300133	ADENOSINA 3MG/ML - 2ML	50,00	AMPOLA	0,0000
3	5732	AZITROMICINA 500MG	240,00	COMPRIMIDO	0,0000
4	4332	AMIODARONA SOL INJ 50MG/ML AMP 3ML	100,00	AMPOLA	0,0000
5	300134	AMPICILINA 1G FRASCO - AMPOLA	50,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000
6	9064	ATROPINA 0,25MG/ML — AMPOLA 1ML	100,00	AMPOLA	0,0000
7	4368	FENITOINA SOL INJ 50 MG/ML 5ML	100,00	AMPOLA	0,0000
8	9065	BENZILPENICILINA 1.200.000 — FRASCO-AMPOLA	250,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000
9	9066	BROMOPRIDA 5MG/ML — AMPOLAS 2ML	350,00	AMPOLA	0,0000
10	4501	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 20MG/ML 1ML	100,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000
11	300135	BUTIBROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA SÓDICA 10 MG + 250MG - CPR	150,00	COMPRIMIDO	0,0000
12	300136	BUTIBROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA SÓDICA 4MG + 500MG/ML - AMPOLAS 5ML	400,00	AMPOLA	0,0000
13		CARVEDILOL 25MG	60,00	COMPRIMIDO	0,0000
14	300137	CEFTRIAXONA 1G - FR/AMPOLA PÓ	600,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000
15	9071	CEPROFENO 50MG/ML. IM — AMOLA 2ML	150,00	AMPOLA	0,0000
16	9072	CETOPROFENO 100MG IV - FR/AMP.	150,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000
17	5834	CIMETIDINA SOL INJ 150MG/ML AMP 2 ML	100,00	AMPOLA	0,0000
18	200223	CLORETO DE POTASSIO 19,1% - 10ML	200,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000
19	300138	DECANOATO DE HALOPERIDOL 50MG/ML - AMPOLA 1ML	40,00	AMPOLA	0,0000
20	300139	DEXAMETASONA 2MG/ML - AMPOLA 2,5ML	450,00	AMPOLA	0,0000
21	300140	DEXCLORFENIRAMINA 2MG CPR	100,00	COMPRIMIDO	0,0000
22		DIAZEPAM 10MG 2ML	100,00	AMPOLA	0,0000
23	9079	DICLOFENACO 25MG/ML AMPOLA 3ML	250,00	AMPOLA	0,0000
24	300141	DICLOFENACO DE SODIO 50MG	80,00	COMPRIMIDO	0,0000
25	9080	DIPIRONA 500MG/ML. — AMPOLA 2ML]	800,00	AMPOLA	0,0000
26	9081	DIPIRONA 500MG COMPRIMIDO	800,00	COMPRIMIDO	0,0000
27	9082	DIPROP. DE BETAMETASONA+ FOSFATO DISSODICO DE BETAMETAZONA 5MG/ML+2MG/ - AMP.	70,00	AMPOLA	0,0000
28	300142	ENOXAPARINA 40MG/0,4ML AMPOLA 2ML SERINGA PREENCHIDA	20,00	SERINGA	0,0000
29	9086	ERGOMETRINA 0,2 MG/ML — 1ML	50,00	AMPOLA	0,0000
30	4328	EPINEFRINA 1MG/ML 1ML	200,00	AMPOLA	0,0000
31	5011	ESPIROLACTONA 25MG	60,00	COMPRIMIDO	0,0000
32	300143	FENOBARBITAL 100MG/ML - AMPOLA 2ML	25,00	AMPOLA	0,0000
33	4324	FUROSEMIDA 10MG/ML 2ML	100,00	AMPOLA	0,0000
34	4258	GLICOSE 50% AMPOLA PLASTICA 10ML	200,00	AMPOLA	0,0000
35	700713	HIDRALAZINA 25MG - CPR (APRESSOLINA)	120,00	COMPRIMIDO	0,0000
36	8899	ISOSSORBIDA 5MG (ISORDIL) CPR SUBLINGUAL	60,00	COMPRIMIDO	0,0000
37	9092	LIDOCAINA 2% S/VASO - 20ML	25,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000

Nro.	Código	Descrição do Item	Qtde	Unidade	Menor Cotação
38	80103	LIDOCAINA 10% 100MG/ML SPRAY	4,00	FRASCO	0,0000
39	4266	MIDAZOLAM SOL INJ 5MG/ML 3 ML	100,00	AMPOLA	0,0000
40	1000	METOCLOPRAMIDA 10MG - CPR	100,00	COMPRIMIDO	0,0000
41	711	METOCLOPRAMIDA SOL INJ 5MG/ML AMP 2ML	100,00	AMPOLA	0,0000
42		METRONIDAZOL 250MG	100,00	COMPRIMIDO	0,0000
43	900108	NIFEDIPINO 10MG	80,00	COMPRIMIDO	0,0000
44		NIFEDIPINO 20MG	80,00	COMPRIMIDO	0,0000
45	300144	NIMESULIDA 100MG	60,00	COMPRIMIDO	0,0000
46	4329	NOREPINEFRINA SOL INJ 2MG/ML 4ML	50,00	AMPOLA	0,0000
47	4427	OMEPRAZOL 20MG	336,00	CÁPSULA	0,0000
48	300145	OMEPRAZOL 40 MG FRASCO AMPOLA 10 ML	160,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000
49	300146	ONDASETRONA 8 MG/ML	80,00	COMPRIMIDO	0,0000
50		ONDASETRONA 4 MG/ML	80,00	COMPRIMIDO	0,0000
51	200221	PARACETAMOL 500MG	500,00	COMPRIMIDO	0,0000
52	300147	PARACETAMOL 200MG/ML - FR	20,00	FRASCO	0,0000
53	300148	PROMETAZINA 25MG	60,00	COMPRIMIDO	0,0000
54	9095	PROMETAZINA 25MG/ML — AMPOLAS 2ML	200,00	AMPOLA	0,0000
55	4514	PROPRANOLOL COMP 40 MG	60,00	COMPRIMIDO	0,0000
56	300149	RIVAROXABANA 10MG CPR	60,00	COMPRIMIDO	0,0000
57	300150	SIMETICONA 75MG/ML	30,00	FRASCO	0,0000
58		SIMETICONA 40 MG	100,00	COMPRIMIDO	0,0000
59	9096	TENOXICAM 20MG - FR/AMP.	250,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000
60	9097	TENOXICAM 40MG - FR/MP.	350,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000
61	300151	TIAMINA 100MG/ML - AMPOLA 1ML	50,00	AMPOLA	0,0000
62	100607	TIAMINA 300MG	90,00	COMPRIMIDO	0,0000
63	300152	TRAMADOL 50MG/ML	240,00	AMPOLA	0,0000