

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 035 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: 08/01/2025 À 15/01/2025 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 035/2025 - 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, 07 DE JANEIRO DE 2025

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

DADOS DA PROPOSTA

Nro Proposta	Nro Gerencial	Abertura	Encerramento	Nro Comprador	Situação
15	167979	08/01/2025 16:11	15/01/2025 23:59	037/2025	Republicada

Descrição da proposta

HMGB - AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

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 037/2025 – AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS. 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 037/2025 - 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	08/01/2025 16:01	HISTORICO DA PRIMEIRA ABERTURA - INSERIDO AUTOMATICO	15/01/2025 23:59
1ª Republicação	08/01/2025 16:11	REPUBLICACAO	15/01/2025 23:59

PRODUTOS/SERVIÇOS

Nro.	Código	Descrição do Item	Qtde	Unidade	Menor Cotação
1	600	ACIDO TRANEXÂMICO 50MFG/ML - AMPOLA 5ML	50,00	AMPOLA	0,0000
2	601	AMBROXOL 6MG/ML -120ML	20,00	FRASCO	0,0000
3	602	AMOXILINA 500MG -CPR	200,00	COMPRIMIDO	0,0000
4	300134	AMPICILINA 1G FRASCO - AMPOLA	50,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000
5	4330	DESLANOSIDEO SOL INJ 0,2 MG/ML AMP 2 ML	50,00	AMPOLA	0,0000
6	9082	DIPROP. DE BETAMETASONA+ FOSFATO DISSODICO DE BETAMETAZONA 5MG/ML+2MG/ - AMP.	40,00	AMPOLA	0,0000
7	603	BROMETO DE IPRATROPIO 0,25MG/ML - 20ML	20,00	FRASCO	0,0000
8	100960	BROMOPRIDA 10 MG COMP	120,00	COMPRIMIDO	0,0000
9	604	BROMOPRIDA 4MG/ML - 20ML GOTAS	10,00	FRASCO	0,0000
10	9066	BROMOPRIDA 5MG/ML — AMPOLAS 2ML	200,00	AMPOLA	0,0000
11	4501	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 20MG/ML 1ML	100,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000
12	605	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA 67MG/ML 333,4MG/ML - GTS	20,00	FRASCO	0,0000
13	606	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA SÓDICA 10MG +250MG - CPR	100,00	COMPRIMIDO	0,0000
14	607	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA SÓDICA 4MG/ML + 500MG/ML - AMPOLAS 5ML	300,00	AMPOLA	0,0000
15	4305	CAPTOPRIL 25 MG	150,00	COMPRIMIDO	0,0000
16	4641	CARVEDILOL COMP.3,125MG	60,00	COMPRIMIDO	0,0000
17	300137	CEFTRIAXONA 1G - FR/AMPOLA PÓ	500,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000
18	100442	CETOPROFENO 100MG IV	150,00	FRASCO	0,0000
19	608	CICLOPENTOLARO 10MG/ML (1%) - COLIRIO	3,00	FRASCO	0,0000
20	609	CLONAZEPAM 2,5MG/ML - 20ML GTS	25,00	FRASCO	0,0000
21		CLOPIDOGREL 75MG	120,00	COMPRIMIDO	0,0000
22	9077	COLAGENASE C/ CLORAFENICOL 0,6U/G + 0,01G/G 50 G - POMADA	30,00	TUBO	0,0000
23	300138	DECANOATO DE HALOPERIDOL 50MG/ML - AMPOLA 1ML	21,00	AMPOLA	0,0000
24	300139	DEXAMETASONA 2MG/ML - AMPOLA 2,5ML	400,00	AMPOLA	0,0000
25	610	DEXAMETASONA 1MG/G - 10G - CREME	30,00	BISNAGA	0,0000
26	300140	DEXCLORFENIRAMINA 2MG CPR	100,00	COMPRIMIDO	0,0000
27	611	DEXCLORFENIRAMINA 0,4MG/ML - 100ML XAROPE	20,00	FRASCO	0,0000
28	612	DIAZEPAM 10MG/2ML - 2ML	50,00	AMPOLA	0,0000
29	37947	DICLOFENACO 25MG/3ML	150,00	AMPOLA	0,0000
30	9080	DIPIRONA 500MG/ML. — AMPOLA 2ML	800,00	AMPOLA	0,0000
31	9081	DIPIRONA 500MG COMPRIMIDO	800,00	COMPRIMIDO	0,0000
32	4331	DIGOXINA 0,25MG	60,00	COMPRIMIDO	0,0000
33	4320	ESPIRONOLACTONA COMP 25 MG	60,00	COMPRIMIDO	0,0000
34	3033	ENOXOPARINA 40 MG/ 0,4ML AMPOLA 2 ML	20,00	SERINGA	0,0000
35	613	ENOXOPARINA 80MG/0,4ML AMPOLA 2ML	20,00	SERINGA	0,0000
36	300143	FENOBARBITAL 100MG/ML - AMPOLA 2ML	25,00	AMPOLA	0,0000
37	614	FORMULA PADRÃO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL 1,2 KCAL/ML (ISOSOURCE SOYA) 1LT	10,00	UNIDADE	0,0000
38	9087	FUROSEMIDA 10MG/ML - AMPOLAS 2ML	100,00	AMPOLA	0,0000
39	4281	GLIBENCLAMIDA COMP 5MG	200,00	COMPRIMIDO	0,0000

Nro.	Código	Descrição do Item	Qtde	Unidade	Menor Cotação
40	4258	GLICOSE 50% AMPOLA PLASTICA 10ML	200,00	AMPOLA	0,0000
41	615	GLICOSE 25% - AMPOLA PLASTICA 10ML	400,00	AMPOLA	0,0000
42	3101	HIDROCORTISONA 100MG	100,00	FRASCO	0,0000
43	80080	IBUPROFENO 300 MG	150,00	COMPRIMIDO	0,0000
44	9092	LIDOCAINA 2% S/VASO - 20ML	25,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000
45	616	METIFORMINA 850MG - CPR	300,00	COMPRIMIDO	0,0000
46	1000	METOCLOPRAMIDA 10MG - CPR	100,00	COMPRIMIDO	0,0000
47	617	METRONIDAZOL 500MG/ML	90,00	FRASCO	0,0000
48	618	MORFINA 10MG/ML - AMPOLA 1ML	100,00	AMPOLA	0,0000
49	300144	NIMESULIDA 100MG	120,00	COMPRIMIDO	0,0000
50	619	NITROPRUSSETO 25MG/ML - AMPOLA 2ML	15,00	AMPOLA	0,0000
51	620	OMEPRAZOL 20MG - CPR	232,00	COMPRIMIDO	0,0000
52	300145	OMEPRAZOL 40 MG FRASCO AMPOLA 10 ML	160,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000
53	621	ONDASETRONA 2MG/ML - AMPOLA 4ML	250,00	AMPOLA	0,0000
54	622	ONDASETRONA 8 MG CPR	60,00	COMPRIMIDO	0,0000
55	623	ONDASETRONA 4MG - CPR	60,00	COMPRIMIDO	0,0000
56	624	CLORIDRATO DE PROXIMETACAINA 5MG/ML COLIRIO ANESTESICO	3,00	FRASCO	0,0000
57	9095	PROMETAZINA 25MG/ML — AMPOLAS 2ML	200,00	AMPOLA	0,0000
58	200221	PARACETAMOL 500MG	200,00	COMPRIMIDO	0,0000
59	625	RIVAROXABANA 20MG CPR	30,00	COMPRIMIDO	0,0000
60	37943	SULFATO DE SALBUTAMOL 100MCG/JATO-DOSE FRASCO/JATO	25,00	FRASCO	0,0000
61		SIMETICONA 40 MG	100,00	COMPRIMIDO	0,0000
62	656868	SULFADIAZINA DE PRATA 1% - 30G	100,00	BISNAGA	0,0000
63	656867	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 400 MG + 80MG	80,00	COMPRIMIDO	0,0000
64	9096	TENOXICAM 20MG - FR/AMP.	200,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000
65	9097	TENOXICAM 40MG - FR/MP.	200,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000
66	300151	TIAMINA 100MG/ML - AMPOLA 1ML	50,00	AMPOLA	0,0000
67	300152	TRAMADOL 50MG/ML	120,00	AMPOLA	0,0000