***LOGO FORNECEDOR***

**Dados Cadastrais do Participante**

Razão Social ou Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNPJ/CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Insc. Estadual/RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Banco:­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Agência:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C/C:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trata-se de **DISPENSA DE LICITAÇÃO** **GLOBAL** para aquisição de **Medicamentos 01**, fundamentada no **inciso V** do art. 24 da Lei Federal nº 8666/93, com o intuito de suprir pelo período de 12 (doze) meses as unidades Funeas: Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiológicos (CPPI), Hospital De Dermatologia Sanitária Do Paraná (HDSPR), Hospital Infantil Waldemar Monastier (HIWM), Hospital Regional de Guaraqueçaba (HRG), Hospital Regional Do Litoral (HRL), Hospital Regional Norte Pioneiro (HRNP), Hospital Regional Walter Alberto Pecoits (HRSWAP), Hospital Zona Norte Londrina (HZN) e Hospital Zona Sul Londrina (HZS), pelo período de 12 (doze) meses, conforme tabela abaixo:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lote 01** | **Código GMS** | **Código BR** | **Descrição do medicamento** | **Unidade Hospitalar** | **Previsão de aquisição para 12 (doze) meses** | Marca | **Previsão de Aquisição Global para 12 (doze) meses** | **Valor unitário máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** | **Valor total máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** |
| **ITEM 01** | **6501-256** | **268383** | Amicacina, Sulfato, 50 mg/ml (100 mg), Solução injetável, Ampola, 2 ml, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Intramuscular/Intravenosa, UNID. DE MEDIDA: Unitário | CPPI | 150 |  | **650 UNID.** | **R$**  |  |
| HDSPR | 50 |  |
| HRL | 250 |  |
| HZN | 200 |  |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | **R$**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lote 02** | **Código GMS** | **Código BR** | **Descrição do medicamento** | **Unidade Hospitalar** | **Previsão de aquisição para 12 (doze) meses** | Marca | **Previsão de Aquisição Global para 12 (doze) meses** | **Valor unitário máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** | **Valor total máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** |
| **ITEM 01** | **6501-22725** | **272602** | Dropropizina, 3 mg/ml, Xarope, Frasco, 120 ml, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Oral, UNID. DE MEDIDA: Unitário | HRSWAP | 72 |  | **72 UNID.** | **R$**  |  |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | **R$**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lote 03** | **Código GMS** | **Código BR** | **Descrição do medicamento** | **Unidade Hospitalar** | **Previsão de aquisição para 12 (doze) meses** | Marca | **Previsão de Aquisição Global para 12 (doze) meses** | **Valor unitário máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** | **Valor total máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** |
| **ITEM 01** | **6501-725** | **268960** | Cloridrato de Dopamina 5mg/ml, EMBALAGEM: Âmpola 10 ml, UNID. DE MEDIDA: Unitário | HIWM | 100 |  | **2.500 UNID.** | **R$**  |  |
| HRL | 1.000 |  |
| HRNP | 600 |  |
| HRSWAP | 800 |  |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | **R$**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lote 04** | **Código GMS** | **Código BR** | **Descrição do medicamento** | **Unidade Hospitalar** | **Previsão de aquisição para 12 (doze) meses** | Marca | **Previsão de Aquisição Global para 12 (doze) meses** | **Valor unitário máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** | **Valor total máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** |
| **ITEM 01** | **6501-3811** | **305751** | Ondansetrona, Cloridrato, 2 mg/ml (8 mg), Solução injetável, Ampola, 4 ml, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Intramuscular/Intravenosa, UNID. DE MEDIDA: Unitário | HRG | 120 |  | **2.800 UNID.** | **R$**  |  |
| HRSWAP | 2.600 |  |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | **R$**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lote 05** | **Código GMS** | **Código BR** | **Descrição do medicamento** | **Unidade Hospitalar** | **Previsão de aquisição para 12 (doze) meses** | Marca | **Previsão de Aquisição Global para 12 (doze) meses** | **Valor unitário máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** | **Valor total máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** |
| **ITEM 01** | **6501-4797** | **268277** | Ocitocina, 5 UI/ml, Solução injetável, Ampola, 1 ml, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Intramuscular/Intravenosa, UNID. DE MEDIDA: Unitário | HRL | 5.850 |  | **25.400 UNID.** | **R$**  |  |
| HRNP | 7.450 |  |
| HRSWAP | 12.100 |  |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | **R$**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lote 06** | **Código GMS** | **Código BR** | **Descrição do medicamento** | **Unidade Hospitalar** | **Previsão de aquisição para 12 (doze) meses** | Marca | **Previsão de Aquisição Global para 12 (doze) meses** | **Valor unitário máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** | **Valor total máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** |
| **ITEM 01** | **6501-226** | **271687** | Ácido Ascórbico (Vitamina C), 100 mg/ml, Solução injetável, Ampola, 5 ml, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Intramuscular/Intravenosa, UNID. DE MEDIDA: Unitário | HIWM | 50 |  | **5.800 UNID.** | **R$**  |  |
| HRL | 4.800 |  |
| HRNP | 50 |  |
| HRSWAP | 100 |  |
| HZN | 200 |  |
| HZS | 600 |  |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | **R$**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lote 07** | **Código GMS** | **Código BR** | **Descrição do medicamento** | **Unidade Hospitalar** | **Previsão de aquisição para 12 (doze) meses** | Marca | **Previsão de Aquisição Global para 12 (doze) meses** | **Valor unitário máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** | **Valor total máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** |
| **ITEM 01** | **6501-3033** | **292399** | Fitomenadiona, 10 mg/ml, Solução injetável, Ampola, 1 ml, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Intramuscular/Subcutânea, UNID. DE MEDIDA: Unitário | HIWM | 300 |  | **6.900 UNID.** | **R$**  |  |
| HRG | 100 |  |
| HRL | 1.600 |  |
| HRNP | 2.600 |  |
| HRSWAP | 1.700 |  |
| HZN | 200 |  |
| HZS | 400 |  |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | **R$**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lote 08** | **Código GMS** | **Código BR** | **Descrição do medicamento** | **Unidade Hospitalar** | **Previsão de aquisição para 12 (doze) meses** | Marca | **Previsão de Aquisição Global para 12 (doze) meses** | **Valor unitário máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** | **Valor total máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** |
| **ITEM 01** | **6501-43964** | **352933** | Levetiracetam, 100mg/mL, Solução oral, Frasco, 150mL, Seringa dosadora, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Oral, UNID. DE MEDIDA: Unitário | HIWM | 40 |  | **64 UNID.** | **R$**  |  |
| HRSWAP | 24 |  |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | **R$**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lote 09** | **Código GMS** | **Código BR** | **Descrição do medicamento** | **Unidade Hospitalar** | **Previsão de aquisição para 12 (doze) meses** | Marca | **Previsão de Aquisição Global para 12 (doze) meses** | **Valor unitário máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** | **Valor total máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** |
| **ITEM 01** | **6501-2561** | **268960** | Lidocaína, Cloridrato, 20 mg/ml (2%), Solução injetável, Ampola, 5 ml, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Outras vias parenterais, UNID. DE MEDIDA: Unitário | HRSWAP | 800 |  | **800 UNID.** | **R$**  |  |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | **R$**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lote 10** | **Código GMS** | **Código BR** | **Descrição do medicamento** | **Unidade Hospitalar** | **Previsão de aquisição para 12 (doze) meses** | Marca | **Previsão de Aquisição Global para 12 (doze) meses** | **Valor unitário máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** | **Valor total máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** |
| **ITEM 01** | **6501-1185** | **269571** | Proximetacaína 5 mg/ mL OFT SOL FR 5 mL 344 C1 | HIWM | 12 |  | **84 UNID.** | **R$**  |  |
| HRG | 12 |  |
| HRL | 12 |  |
| HRNP | 12 |  |
| HRSWAP | 12 |  |
| HZN | 12 |  |
| HZS | 12 |  |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | **R$**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lote 11** | **Código GMS** | **Código BR** | **Descrição do medicamento** | **Unidade Hospitalar** | **Previsão de aquisição para 12 (doze) meses** | Marca | **Previsão de Aquisição Global para 12 (doze) meses** | **Valor unitário máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** | **Valor total máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** |
| **ITEM 01** | **6501-1299** | **272198** | Etilefrina, Cloridrato, 10 mg/ml, Solução injetável, Ampola, 1 ml, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Subcutânea/Intramuscular/Intravenosa, UNID. DE MEDIDA: Unitário | HIWM | 48 |  | **636 UNID.** | **R$**  |  |
| HRG | 12 |  |
| HRL | 144 |  |
| HRNP | 240 |  |
| HRSWAP | 36 |  |
| HZN | 36 |  |
| HZS | 120 |  |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | **R$**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lote 12** | **Código GMS** | **Código BR** | **Descrição do medicamento** | **Unidade Hospitalar** | **Previsão de aquisição para 12 (doze) meses** | **Marca** | **Previsão de Aquisição Global para 12 (doze) meses** | **Valor unitário máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** | **Valor total máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** |
| **ITEM 01** | **6502-1159** | **271556** | Midazolam, Cloridrato, 2 mg/ml, Solução oral, Frasco, 10 ml, Seringa dosadora, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Oral, PORTARIA 344/98: B1, UNID. DE MEDIDA: Unitário | HIWM | 60 |  | **516 UNID.** | **R$**  |  |
| HRSWAP | 12 |  |
| HZN | 84 |  |
| HZS | 360 |  |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | **R$**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lote 13** | **Código GMS** | **Código BR** | **Descrição do medicamento** | **Unidade Hospitalar** | **Previsão de aquisição para 12 (doze) meses** | **Marca** | **Previsão de Aquisição Global para 12 (doze) meses** | **Valor unitário máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** | **Valor total máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** |
| **ITEM 01** | **6502-1089** | **268069** | Clorpromazina, Cloridrato, 5 mg/ml, Solução injetável, Ampola, 5 ml, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Intramuscular, PORTARIA 344/98: C1, UNID. DE MEDIDA: Unitário | HDSPR | 10 |  | **770 UNID.** | **R$**  |  |
| HIWM | 60 |  |
| HRG | 40 |  |
| HRL | 300 |  |
| HRNP | 30 |  |
| HRSWAP | 120 |  |
| HZN | 30 |  |
| HZS | 180 |  |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | **R$**  |

**FORMA DE ENTREGA: PARCELADA e CENTRALIZADA** no endereço do **HIWM,** em até 15 (quinze) dias úteis, a partir do recebimento das respectivas notas de empenho e autorização de fornecimento emitido pelo sistema E-PÚBLICA. A entrega do(s) medicamento(s) deverá(ao) ocorrer conforme solicitação da Unidade hospitalar e/ou pela Diretoria Técnica FUNEAS.

O fornecedor deverá **INSERIR NA NOTA FISCAL** o número da respectiva nota de empenho, número do protocolo, Unidade Hospitalar de destino, o número da agência e da conta corrente do banco onde o pagamento deverá ser creditado.

A entrega deverá ser feita livre de despesas com frete, seguro, impostos, taxas, carga e descarga. Para fins de elaboração de proposta, todas as despesas com frete, seguro, encargos financeiros deverão estar embutidos no valor ofertado.

|  |  |
| --- | --- |
| **PRAZO DE ENTREGA/EXECUÇÃO** | ENTREGA DE FORMA ÚNICA E CENTRALIZADA NO ENDEREÇO ABAIXO, EM ATÉ QUINZE DIAS APÓS A EMISSÃO DA NOTA DE EMPENHO |
|  |
| **ENDEREÇO ENTREGA/EXECUÇÃO** | **HOSPITAL INFANTIL WALDEMAR MONASTIER (HIWM)**Setor – Farmácia End.: Rua XV de Novembro nº 3701, Bairro Bom JesusCidade Campo Largo /PR - CEP 83601-030Responsável: Farmacêutica Eriellen Francine BiniFone: (41) 3391-8122E-mail: *hriclfarm@sesa.pr.gov.br*Horário de entrega: Segunda à Sexta –feira das 8h às 11h30 e 13h30 às 17hrs. |
|  |
| **PRAZO DE PAGAMENTO** | 30 (TRINTA) DIAS CONTADOS DA ENTREGA DA NOTA FISCAL, DEVIDAMENTE CERTIFICADA PELA UNIDADE RECEBEDORA, NO SETOR FINANCEIRO DA FUNEAS |

**Carimbo CNPJ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Data: |  |
| Nome: |  |
|  |  |
| Assinatura |

**VALIDADE DA PROPOSTA 90 DIAS**