***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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COTAÇÃO DE PREÇOS**

Trata-se da **DISPENSA DE LICITAÇÃO** **GLOBAL** para aquisição do **Medicamento Glicose 50% amp. 10 ml**, 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: 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), Hospital Regional Centro Oeste - Guarapuava (HRCO), Hospital Regional Ivaiporã (HRIV), Hospital Regional Telêmaco Borba (HRTB), conforme planilha abaixo:

|  |
| --- |
|  |
| **Lote 01** | **Código GMS** | **Código BR** | **Descrição do medicamento** | **Unidade Hospitalar** | **CMM** | **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** | **6501-1347** | **0267541** | Glicose, 500 mg/ml (50%), Solução injetável, Ampola, 10 ml, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Intravenosa, UNID. DE MEDIDA: Unitário | HDSPR | 01 | 200 |  CX C/  | **87.000 UNID.** | **R$**  | **R$** |
| HIWM | 1.500 | 18.000 |
| HRG | 25 | 400 |
| HRL | 1.500 | 18.000 |
| HRNP | 600 | 7.200 |
| HRSWAP | 1.400 | 16.800 |
| HZN | 100 | 1.200 |
| HZS | 300 | 3.600 |
| HRCO | 600 | 7.200 |
| HRIV | 600 | 7.200 |
| HRTB | 600 | 7.200 |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | **R$**  |

**FORMA DE ENTREGA: PARCELADA e CENTRALIZADA**, 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 das respectivas notas 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 PARCELADA E CENTRALIZADA NO ENDEREÇO ABAIXO, EM ATÉ QUINZE DIAS APÓS A EMISSÃO DA NOTA DE EMPENHO |
|  |
| **ENDEREÇO ENTREGA/EXECUÇÃO** | **CENTRAL DE DISTRIBUIÇÃO FUNEAS****A/C: COMISSÃO DE RECEBIMENTO**Rua Francisco Munõz Madrid, 625 - Bairro Roseira - São José dos Pinhais – PR, com acesso direto ao Contorno Leste - CEP – 83.070-010Horário para entrega: de 2ª a 6ª feira no período das 08:00 as 11:30 ás 13:30 as 17:00hrs. |
|  |
| **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**