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

**SOLICITAÇÃO DE COTAÇÃO**

Trata-se da **DISPENSA DE LICITAÇÃO** **GLOBAL** para contratação de empresa especializada em manipulação de medicamentos, 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 do Litoral (HRL), Hospital Regional Norte Pioneiro (HRNP), Hospital Regional Walter Alberto Pecoits (HRSWAP), Hospital Zona Norte Londrina (HZN), Hospital Zona Sul Londrina (HZS) e Hospital Regional de Telêmaco Borba (HRTB), conforme planilha abaixo:

|  |
| --- |
|  |
| **Lote 01** | **Código GMS** | **Código BR** | **Descrição do medicamento** | **Unidade Hospitalar** | **C.M.M.** | **Previsão de aquisição para 12 (doze) meses** | **Previsão de Aquisição Global para 12 (doze) meses** | **Valor unitário máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** | **Valor total máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** |
| **ITEM 01** | **6505.71053** | **404131** | Azul de Metileno, 20 mg/ml (2%) EV, Solução injetável, EMBALAGEM: Ampola estéril com 5ml, UNID. DE MEDIDA: Unitário | HIWM | 25 | 300 | **432 AMPOLAS** | **R$**  | **R$**  |
| HRL | 01 | 12 | **R$**  |
| HRNP | 01 | 12 | **R$**  |
| HRSWAP | 05 | 60 | **R$**  |
| HZN | 01 | 12 | **R$**  |
| HZS | 02 | 24 | **R$**  |
| HRTB | 01 | 12 | **R$**  |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | **R$**  |

|  |
| --- |
| **Lote 02** |
| **Lote 02** | **Código GMS** | **Código BR** | **Descrição do medicamento** | **Unidade Hospitalar** | **C.M.M.** | **Previsão de aquisição para 12 (doze) meses** | **Previsão de Aquisição Global para 12 (doze) meses** | **Valor unitário máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** | **Valor total máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** |
| **ITEM 01** | **6505.72897** | **291951** | Nitrato de prata, 10 mg/ml (1%), Solução oftálmica, Frasco gotejador, 1 ml | HRL | 16 | 192 | **542 FRASCOS** | **R$**  | **R$**  |
| HRNP | 15 | 180 | **R$**  |
| HRSWAP | 10 | 120 | **R$**  |
| HRTB | 04 | 50  | **R$**  |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | **R$**  |

|  |
| --- |
|  |
| **Lote 03** | **Código GMS** | **Código BR** | **Descrição do medicamento** | **Unidade Hospitalar** | **C.M.M.** | **Previsão de aquisição para 12 (doze) meses** | **Previsão de Aquisição Global para 12 (doze) meses** | **Valor unitário máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** | **Valor total máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** |
| **ITEM 01** | **6505.59278** | **343631** | Polidocanol, 0,5%, Ampola estéril 2ml, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Intravenosa, UNID. DE MEDIDA: Unitário  | HDSPR | 15 | 180 | **204 AMPOLAS** | **R$**  | **R$**  |
| HRSWAP | 02 | 24 | **R$**  |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | **R$**  |

|  |
| --- |
| **Lote 04** |
| **Lote 04** | **Código GMS** | **Código BR** | **Descrição do medicamento** | **Unidade Hospitalar** | **C.M.M.** | **Previsão de aquisição para 12 (doze) meses** | **Previsão de Aquisição Global para 12 (doze) meses** | **Valor unitário máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** | **Valor total máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** |
| **ITEM 01** | **6505.59280** | **343632** | Polidocanol, 1%, Ampola estéril 2ml, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Intravenosa, UNID. DE MEDIDA: Unitário | HDSPR | 50 | 600 | **624 AMPOLAS** | **R$**  | **R$**  |
| HRSWAP | 02 | 24 | **R$**  |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | **R$**  |

|  |
| --- |
| **Lote 05** |
| **Lote 05** | **Código GMS** | **Código BR** | **Descrição do medicamento** | **Unidade Hospitalar** | **C.M.M.** | **Previsão de aquisição para 12 (doze) meses** | **Previsão de Aquisição Global para 12 (doze) meses** | **Valor unitário máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** | **Valor total máximo (CRITÉRIO DE DISPUTA)** |
| **ITEM 01** | **6505.59281** | **343633** | Polidocanol, 3%, Ampola estéril 2ml, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Intravenosa, UNID. DE MEDIDA: Unitário | HDSPR | 80 | 960 | **984 AMPOLAS** | **R$**  | **R$**  |
| HRSWAP | 02 | 24 | **R$** |
|  | **R$**  |

**ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lote**  | **Código GMS** | **Código BR** | **Especificação Técnica** |
| **01** | **6501-50122** | **329774** | Azul de Metileno, 20 mg/ml (2%) EV, Solução injetável, EMBALAGEM: Ampola estéril com 5ml, UNID. DE MEDIDA: Unitário |
|  **02** | **6505-72897** | **291951** | Nitrato de prata, 10 mg/ml (1%), Solução oftálmica, Frasco gotejador, 1 ml, Produto manipulado estéril, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Oftálmica, UNID. DE MEDIDA: Unitário |
| **03** | **6505-59278** | **343631** | Polidocanol, 0,5%, Ampola estéril 2ml, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Intravenosa, UNID. DE MEDIDA: Unitário |
| **04** | **6505-59280** | **343632** | Polidocanol, 1%, Ampola estéril 2ml, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Intravenosa, UNID. DE MEDIDA: Unitário |
| **05** | **6505-59281** | **343633** | Polidocanol, 3%, Ampola estéril 2ml, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Intravenosa, UNID. DE MEDIDA: Unitário |

**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 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.

**OBSERVAÇÃO:** Seguindo o princípio da economicidade e do interesse público, poderá ser concedido em caráter **EXCEPCIONAL** a possibilidade de entrega do medicamento em etapa única, **SOMENTE** nos casos onde o valor total do medicamento for baixo e/ou onde o volume total de entrega for pequeno, que inviabilizaria a entrega em etapa parcelada, a fim de manter o abastecimento da Unidade Hospitalar. Esta possibilidade poderá ocorrer com a **SOLICITAÇÃO PRÉVIA DA CONTRATADA** e com o **AUTORIZO** da respectiva Unidade Hospitalar.

**IMPORTANTE**: Fica a cargo da empresa CONTRATADA, sem ônus à CONTRATANTE, a descarga e entrega dos medicamentos no setor de recebimento/conferência da Unidade hospitalar, independente do volume a ser entregue. Não será permitida em nenhuma hipótese, que funcionários do hospital efetuem a descarga de caminhão e/ou veículo, mesmo sendo este terceirizado.

|  |  |
| --- | --- |
| **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**End.: Rua Francisco Munõz Madrid, nº 625, Bairro Roseira - São José dos Pinhais /PR - CEP 83.070-152 - com acesso direto ao Contorno Leste.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**