***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 de **MEDICAMENTOS – PSICOTRÓPICOS 1**, 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 Infantil Waldemar Monastier (HIWM), Hospital Regional Norte Pioneiro (HRNP), Hospital Regional Walter Alberto Pecoits (HRSWAP), Hospital Regional Centro Oeste - Guarapuava (HRCO), Hospital Regional Ivaiporã (HRIV), Hospital Regional Telêmaco Borba (HRTB) e Hospital Colônia Adauto Botelho (HCAB), 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** | **6502-1078** | **272134** | Ciclopentolato, Cloridrato, 10 mg/ml, Solução oftálmica, Frasco gotejador, 5 ml, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Oftálmica, PORTARIA 344/98: C1, UNID. | HRNP | 01 | 12 | **60 UNID.** | **R$** | **R$** |
| HRSWAP | 01 | 12 | **R$** |
| HRCO | 01 | 12 | **R$** |
| HRIV | 01 | 12 | **R$** |
| HRTB | 01 | 12 | **R$** |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | | | | | | | | **R$** | |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | **6502-23656** | **285965** | Levetiracetam, 250 mg, Comprimido, Blister, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Oral, PORTARIA 344/98: C1, UNID. DE MEDIDA: Unitário | HIWM | 20 | 240 | **240 UNID.** | **R$** | | **R$** |
| **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** | **6502-1155** | **273472** | Lorazepam, 1 mg, Comprimido, Blister, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Oral, PORTARIA 344/98: B1, UNID. DE MEDIDA: Unitário | HIWM | 250 | 3.000 | **3.030 UNID.** | **R$** | | **R$** |
| HCAB | 01 | 30 | **R$** |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | | | | | | | | | **R$** | |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | **6502-19792** | **272853** | Vigabatrina, 500mg, Comprimido, Blister, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Oral, PORTARIA 344/98: C1, UNID. DE MEDIDA: Unitário | HIWM | 125 | 1.500 | **1.500 UNID.** | **R$** | | **R$** |
| **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 – 83.070-010  Horário 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**