



## Solicitação de Orçamento – SBS: 026 – Custeio.

Segue a cotação do(s) seguinte(s) produto(s) ou serviço(s) abaixo:

ITEM	QTE	UND	ESPECIFICAÇÃO DO PRODUTO
1.	10000	AMPOLA	ÁGUA DESTILADA 10ML
2.	300	FRS	ÁGUA DESTILADA 500ML
3.	1000	AMPOLA	ADRENALINA EPIREFINA IM 1MG/ML 1ML
4.	20	AMPOLA	ALBUMINA HUMANA 20% FRS 50 ML
5.	02	AMPOLAS	ALFA PORACTANTE 240MG (SURFACT) 3 ML FRS
6.	100	FRS	ANFOTERICINA B 50 MG – PÓ
7.	50	CPR	ALBENDAZOL 400MG
8.	500	AMPOLA	ATRACURIO
9.	300	AMPOLA	ATROPINA 0,5MG AMPOLA 1 ML
10.	100	FRS	BUPIVACAÍNA 0,5% ISOBÁRICA AMP 4 ML
11.	200	FRS	BUPIVACAÍNA 0,5%+GLICOSE 8% AMP 4ML
12.	500	AMPOLA	CISATRACURIO 2MG/ML AMP 5 ML
13.	100	CPR	CARVEDILOL 6,25MG COMP
14.	120	CPR	CAPTOPRIL 25 MG
15.	120	CPR	CAPTOPRIL 50MG
16.	1200	AMPOLA	CEFTRIAXONA 1G IV
17.	150	AMPOLA	CETAMINA CLORIDRATO 50MG/ML
18.	50	AMPOLA	CLARITROMICINA 500 MG
19.	2000	AMPOLA	CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% 10ML
20.	500	AMPOLA	CLORIDRATO DE DEXMETOMIDINA 100 MCG/ML 2 ML
21.	50	AMPOLA	CLORPROMAZINA 5MG/ML AMP DE 5 ML
22.	500	AMPOLA	DOPAMINA 5MG/ML AMP 10 ML
23.	400	AMPOLA	FENITOÍNA 50MG/ML 5ML
24.	2000	AMPOLA	FENTANILA 0,05 MG 2ML
25.	3000	AMPOLA	FENTANILA 0,5 MG AMPOLA 10 ML
26.	10	FRS	FENOTEROL 5MG/20ML
27.	150	AMPOLA	FITOMENADIONA IM 10 MG/ML AMP 1ML
28.	3000	AMPOLA	GLICOSE 50% AMPOLA 10 ML
29.	6000	AMPOLA	GLICOSE 25% AMPOLA 10 ML
30.	400	FRS	HEPARINA NÃO FRACIONADA 5ML
31.	1000	CRP	IVERMECTINA 6MG BLISTER COM 4 CPR
32.	10	FRS	IPRATROPIO 0,25 MG/ML SOL 20 ML
33.	50	FRS	INSULINA REGULAR
34.	50	FRS	INSULINA NPH
35.	60	CPR	LEVOTIROXINA 50MCG
36.	200	FRS	LIDOCAÍNA 2% C/ VASOCONSTRICTOR
37.	150	UND	LIDOCAÍNA 2% GELÉIA SERINGA 10ML
38.	50	FRS	LEVOBUPIVACAÍNA 0,5% S/EPINEFRINA 20 ML
39.	50	FRS	LEVOBUPIVACAÍNA 0,5% C/EPINEFRINA 20 ML
40.	2000	AMPOLA	MIDAZOLAM 5MG/ML 10ML INJ



41.	1000	AMPOLA	<b>MIDAZOLAM 5MG/ML 2ML INJ</b>
42.	200	CPR	METFORMINA 850 MG
43.	120	CPR	METFORMINA 500 MG
44.	1000	AMPOLA	METADONA 10 MG/1ML
45.	<b>1000</b>	<b>AMPOLA</b>	<b>MORFINA 10MG/ML 1ML</b>
46.	50	AMPOLA	NITROPRUSSIATO 25MG/ML AMPOLA DE 2 ML
47.	5	FRS	NISTATINA 100.000 UI/ML SUSPENSÃO ORAL 50 ML
48.	3000	AMPOLA	NOREPINEFRINA HEMITARTARATO 2MG/ML 4ML
49.	1000	AMPOLA	PROPOFOL 10MG/ML 20ML
50.	1000	AMPOLA	PANCURÔNIO 2MG/ML AMP 2ML
51.	4000	FRS	ROCURÔNIO 50MG FRS 5ML
52.	48	FRS	SOLUÇÃO DE MANITOL 20% 250ML
53.	120	CPR	SUPLEMENTO VITAMÍNICO A-Z
54.	100	FRS	SUXAMETONIO 100 MG FRS
55.	120	CPR	SULFATO FERROSO 40 MG
56.	300	AMPOLA	TERBUTALINA 0,5MG/ML
57.	700	AMPOLA	TRAMADOL 100MG AMP 2ML (50MG/ML)

**Item1:** Discriminar detalhadamente o(s) produto(s) ou serviço(s) orçado(s) e informar fabricante/marca.

**Item2:** Favor enviar proposta em papel timbrado da empresa, nominal **Instituto Panamericano de Gestão – IPG (CNPJ: 14.707.792/0001-43)** constando: CNPJ, Inscrição Estadual e/ou Inscrição Municipal, endereço, telefone, nome do vendedor e prazo de entrega do produto ou serviço e informação quanto ao frete (CIF ou FOB).

**Endereço entrega:** Av. Marechal Rondon s/n Boa esperança – Itaituba CEP:68.181-010

Tal proposta deverá estar legível e com caracteres nítidos. Os orçamentos que não possuem tais características serão desconsiderados, de modo que não serão inclusos no Processo de Compras.

**Item3:** No caso de aquisição de medicamentos, materiais médico-hospitalares e equipamentos hospitalares, informar o número de **Registro no Ministério da Saúde / ANVISA**.

**Item4:** Informamos que caso seja necessária a retirada do equipamento citado nesta Carta Cotação para orçamentação de manutenção, tal retirada deverá ser acompanhada pelo Serviço de Patrimônio do IPG.

Caso a visita técnica para orçamentação de manutenção ocorra dentro do IPG, tal visita deverá ser acompanhada pelo Serviço de Manutenção do IPG. Solicitamos que seja agendada, com antecedência, ao Serviço de Compras.

**Item5:** No caso de aquisição de equipamentos, informar local de assistência técnica e tempo de garantia.



**Item6:** As empresas que apresentarem propostas que atenderem tecnicamente, poderão ser convidadas para negociação de preço.

**Item 7:** Forma de pagamento: será mediante negociação de prazo entre as partes, através de depósito em conta ou boleto bancário.

Em caso de depósito em conta, deve ser informado no corpo da nota fiscal os dados bancários, referentes a empresa contratada.

**\*Caso as empresas vencedoras do certame não emitam boleto bancário ou não tenham conta na Caixa Econômica Federal, o valor das despesas com TED ou TEV para pagamento, será automaticamente abatido do valor a ser pago**

**Item8:** Recebimento de produtos: segunda à sexta-feira em horário comercial.

**Item9:** Solicitamos que seja apresentado ao Setor de Compras do IPG juntamente com a Proposta de Preço, impreterivelmente as 05 (cinco) Certidões, vigentes, abaixo descritas:

- Certidão Negativa de Débitos junto a Secretaria da Receita Federal;
- Certidão Negativa de Débitos junto ao FGTS;
- Certidão Negativa de Débitos junto ao INSS;
- Certidão Negativa de Débitos junto ao Estado da sede da empresa;
- Certidão Negativa de Débitos junto ao Município (ISSQN) da sede da empresa.
- Certidão Negativa Trabalhista

\*As Certidões solicitadas acima serão exigidas também no ato do pagamento da (s) empresa (s) vencedora (s).

Telefone para contato:

Telefone: **(91) 99251-0792**

E-mail: **suprimentos@hrpdotapajos.org.br**

Frete: **CIF**

Prazo máximo para envio da proposta: 5 dias.

Atenciosamente,



**HOSPITAL REGIONAL  
DO TAPAJÓS**



Em Itaituba, aos 22 dias do mês de JULHO de 2020.

  
*Instituto Panamericano de Gestão – IPG*  
*Departamento de Compras*