**Dados Cadastrais do Participante**

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

E-Mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNPJ/CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dados Bancários:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COTAÇÃO DE PREÇO**

**(DISPENSA DE LICITAÇÃO - ASSINAR E CARIMBAR AO FINAL DO DOCUMENTO)**

1. **OBJETO**
   1. Trata-se de Dispensa de Licitação Emergencial para aquisição de MEDICAMENTOS, visando atender as necessidades das unidades Hospital Regional de Guaraqueçaba (HRG), Hospital Regional do Litoral (HRL), Hospital Infantil Waldemar Monastier (HIWM), Hospital Regional do Sudoeste (HRSWAP), Hospital Regional do Norte Pioneiro (HRNP), Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná (HDSPR), Hospital Zona Norte de Londrina (HZN), Hospital Zona Sul de Londrina (HZS), Hospital Regional Telêmaco Borba (HRTB), Hospital Regional do Centro Oeste (HRCO), Hospital Regional de Ivaiporã (HRIV), Hospital Adauto Botelho (HAB), geridas pela FUNEAS por um período de 180 (cento e oitenta) dias.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE 01** | | | | | | | | |
| **Item** | **Descrição dos Produtos** | **Código GMS** | **Código BR** | **Unidades** | **CMM** | **Previsão 6 Meses** | **Valor Unitário** | **Valor Mensal** |
| **1** | Olanzapina, 10 mg, Pó para solução injetável, Frasco-ampola, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Intramuscular, PORTARIA 344/98: C1, UNID. DE MEDIDA: Unitário, | 6502-1175 |  | HRIV | 20 | **120** | R$ | R$ |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | | | | | | **120** | **R$** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE 02** | | | | | | | | |
| **Item** | **Descrição dos Produtos** | **Código GMS** | **Código BR** | **Unidades** | **CMM** | **Previsão 6 Meses** | **Valor Unitário** | **Valor Mensal** |
| **1** | Acetilcisteína, 20 mg/ml (Pediátrico), Xarope, Frasco, 120 ml, Copo/Seringa Dosadora, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Oral, UNID. DE MEDIDA: Unitário | 6501-3735 | 0270558 | HRS | 4,16 | **25** | R$ | R$ |
| HRG | 4,16 | **25** | R$ |
| HRCO | 4,16 | **25** | R$ |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | | | | | | **75** | **R$** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE 03** | | | | | | | | |
| **Item** | **Descrição dos Produtos** | **Código GMS** | **Código BR** | **Unidades** | **CMM** | **Previsão 6 Meses** | **Valor Unitário** | **Valor Mensal** |
| **1** | Complexo B - Tiamina (Vitamina B1) + Piridoxina (Vitamina B6) + Nicotinamida (Vitamina B3) + Riboflavina (Vitamina B2) + Dexpantenol / Pantotenato de cálcio (Vitamina B5) + Biotina (Vitamina B8), 3 a 5 mg + 2 a 3 mg + 10 a 20 mg + 2 a 3 mg + 3 mg + 0 a 0,25 mg/ml, Solução oral, Frasco gotejador, 20 ml, % DE VARIAÇÃO ACEITO (PARA CIMA) NA UNIDADE DE MEDIDA DA EMBALAGEM PRIMÁRIA: 50, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Oral, UNID. DE MEDIDA: Unitário | 6501-3113 | 449138 | HIWM | 2,5 | **15** | R$ | R$ |
| HRS | 2 | **12** | R$ |
| HRTB | 4,16 | **25** | R$ |
| HAB | 283,33 | **1700** | R$ |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | | | | | | **1752** | **R$** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE 04** | | | | | | | | |
| **Item** | **Descrição dos Produtos** | **Código GMS** | **Código BR** | **Unidades** | **CMM** | **Previsão 6 Meses** | **Valor Unitário** | **Valor Mensal** |
| **1** | Amoxicilina Triidratada, 50 mg/ml, Pó para suspensão oral, Frasco, 150 ml, Copo/Seringa Dosadora, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Oral, UNID. DE MEDIDA: Unitário | 6501-266 | 0271097 | HIWM | 5 | **30** | R$ | R$ |
| HRG | 4,16 | **25** | R$ |
| HRL | 0,5 | **3** | R$ |
| HRNP | 1 | **6** | R$ |
| HRS | 3,33 | **20** | R$ |
| HZS | 10 | **60** | R$ |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | | | | | | **144** | **R$** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE 05** | | | | | | | | |
| **Item** | **Descrição dos Produtos** | **Código GMS** | **Código BR** | **Unidades** | **CMM** | **Previsão 6 Meses** | **Valor Unitário** | **Valor Mensal** |
| **1** | Enalapril, Maleato, 5 mg, Comprimido, Blister, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Oral, UNID. DE MEDIDA: Unitário | 6501-749 | 0267651 | HAB | 41,66 | **250** | R$ | R$ |
| HIWM | 125 | **750** | R$ |
| HRCO | 125 | **750** | R$ |
| HRIV | 10 | **60** | R$ |
| HRNP | 5 | **30** | R$ |
| HRS | 90 | **540** | R$ |
| HRTB | 66,66 | **400** | R$ |
| HZN | 83,33 | **500** | R$ |
| HZS | 50 | **300** | R$ |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | | | | | | **3580** | **R$** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE 06** | | | | | | | | |
| **Item** | **Descrição dos Produtos** | **Código GMS** | **Código BR** | **Unidades** | **CMM** | **Previsão 6 Meses** | **Valor Unitário** | **Valor Mensal** |
| **1** | Isossorbida, Dinitrato, 10 mg, Comprimido, Blister, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Oral, UNID. DE MEDIDA: Unitário | 6501-798 | 0273396 | HRNP | 5 | **30** | R$ | R$ |
| HZN | 37,5 | **225** | R$ |
| HRTB | 4,15 | **25** |  |
| HRIV | 20 | **120** |  |
| HRCO | 20 | **120** |  |
| HAB | 0,83 | **5** | R$ |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | | | | | | **525** | **R$** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE 07** | | | | | | | | |
| **Item** | **Descrição dos Produtos** | **Código GMS** | **Código BR** | **Unidades** | **CMM** | **Previsão 6 Meses** | **Valor Unitário** | **Valor Mensal** |
| **1** | Fenilefrina, Cloridrato, 100 mg/ml (10%), Solução oftálmica, Frasco gotejador, 5 ml, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Oftálmica, UNID. DE MEDIDA: Unitário | 6501-1303 | 0271790 | HIWM | 12,5 | **75** | R$ | R$ |
| HRL | 1 | **6** | R$ |
| HRNP | 5 | **30** | R$ |
| HRS | 4,16 | **25** | R$ |
| HRCO | 4,16 | **25** | R$ |
| HRIV | 1 | **6** | R$ |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | | | | | | **167** | **R$** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE 08** | | | | | | | | |
| **Item** | **Descrição dos Produtos** | **Código GMS** | **Código BR** | **Unidades** | **CMM** | **Previsão 6 Meses** | **Valor Unitário** | **Valor Mensal** |
| **1** | Nitrato de prata 1%, Solução Oftálmica, Frasco 2,5mL a 3,0 mL, Via Oftálmica | 6505-70970 | 0353060 | HRS | 12,5 | **75** | R$ | R$ |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | | | | | | **75** | **R$** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE 09** | | | | | | | | |
| **Item** | **Descrição dos Produtos** | **Código GMS** | **Código BR** | **Unidades** | **CMM** | **Previsão 6 Meses** | **Valor Unitário** | **Valor Mensal** |
| **1** | Clonidina, Cloridrato, 0,15 mg, Comprimido Blister, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Oral, UNID. DE MEDIDA: Unitário. | 6501-513 | 0272044 | HIWM | 108,33 | **650** | R$ | R$ |
| HRL | 383,33 | **2.300** | R$ |
| HRNP | 70 | **420** | R$ |
| HRS | 100 | **600** | R$ |
| HZN | 135 | **810** | R$ |
| HRTB | 41,60 | **250** | R$ |
| HRCO | 41,60 | **250** | R$ |
| HRIV | 100 | **600** | R$ |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | | | | | | **5.880** | **R$** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE 10** | | | | | | | | |
| **Item** | **Descrição dos Produtos** | **Código GMS** | **Código BR** | **Unidades** | **CMM** | **Previsão 6 Meses** | **Valor Unitário** | **Valor Mensal** |
| **1** | Clonidina, Cloridrato, 0,1 mg, Comprimido Blister, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Oral, UNID. DE MEDIDA: Unitário. | 6501-512 | 0272043 | HIWM | 2,5 | **15** | R$ | R$ |
| HRG | 7,5 | **45** | R$ |
| HRL | 233,33 | **1.400** | R$ |
| HRNP | 50 | **300** | R$ |
| HRS | 50 | **300** | R$ |
| HZN | 116,25 | **698** | R$ |
| HZS | 250 | **1.500** | R$ |
| HRTB | 16,66 | **100** |  |
| HRCO | 16,66 | **100** | R$ |
| **VALOR TOTAL DO LOTE** | | | | | | **4.458** | **R$** | |

* 1. **ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LOTE** | **GMS** | **DESCRITIVO TÉCNICO** |
| 1 | 6502-1175 | Olanzapina, 10 mg, Pó para solução injetável, Frasco-ampola, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Intramuscular, PORTARIA 344/98: C1, UNID. DE MEDIDA: Unitário |
| 2 | 6501-3735 | Acetilcisteína, 20 mg/ml (Pediátrico), Xarope, Frasco, 120ml, Copo/Seringa Dosadora, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Oral, UNID. DE MEDIDA: Unitário |
| 3 | 6501-3113 | Complexo B - Tiamina (Vitamina B1) + Piridoxina (Vitamina B6) + Nicotinamida (Vitamina B3) + Riboflavina (Vitamina B2) + Dexpantenol / Pantotenato de cálcio (Vitamina B5) + Biotina (Vitamina B8), 3 a 5 mg + 2 a 3 mg + 10 a 20 mg + 2 a 3 mg + 3 mg + 0 a 0,25 mg/ml, Solução oral, Frasco gotejador, 20 ml, % DE VARIAÇÃO ACEITO (PARA CIMA) NA UNIDADE DE MEDIDA DA EMBALAGEM PRIMÁRIA: 50, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Oral, UNID. DE MEDIDA: Unitário |
| 4 | 6501-266 | Amoxicilina Triidratada, 50 mg/ml, Pó para suspensão oral, Frasco, 150 ml, Copo/Seringa Dosadora, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Oral, UNID. DE MEDIDA: Unitário |
| 5 | 6501-749 | Enalapril, Maleato, 5 mg, Comprimido, Blister, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Oral, UNID. DE MEDIDA: Unitário |
| 6 | 6501-798 | Isossorbida, Dinitrato, 10 mg, Comprimido, Blister, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Oral, UNID. DE MEDIDA: Unitário |
| 7 | 6501-1303 | Fenilefrina, Cloridrato, 100 mg/ml (10%), Solução oftálmica, Frasco gotejador, 5 ml, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Oftálmica, UNID. DE MEDIDA: Unitário |
| 8 | 6505-70970 | Nitrato de prata 1%, Solução Oftálmica, Frasco 2,5mL a 3,0 mL, Via Oftálmica |
| 9 | 6501-513 | Clonidina, Cloridrato, 0,15 mg, Comprimido Blister, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Oral, UNID. DE MEDIDA: Unitário. |
| 10 | 6501-512 | Clonidina, Cloridrato, 0,1 mg, Comprimido Blister, VIA DE ADMINISTRAÇÃO: Oral, UNID. DE MEDIDA: Unitário. |

**1.2.1** O fornecedor descreverá o(s) medicamento(s) conforme a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI) (art. 3º da Lei Federal n.º 9.787/1999).

**1.2.2** O fornecedor deverá informar a concentração, a forma farmacêutica, o fabricante e a marca sob a qual o(s) medicamento(s) é(são) comercializado(s). No caso de medicamento(s) importado(s), também deverá informar o país de origem do mesmo.

1**.2.3** O fornecedor deverá apresentar a cópia do certificado de Registro do Produto ou de sua publicação no Diário Oficial da União, podendo também apresentar o espelho do registro do produto disponibilizado no site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (art. 12º da Lei Federal nº 6.360/1976; art. 14º do Decreto Federal nº 79.094/1977; art. 5º da Portaria do Ministério da Saúde n.º 2.814/1998, alterada pela Portaria Ministerial n.º 3.716/1998).

**1.2.3.1** Serão aceitos somente protocolos de revalidação caso tenham sido protocolados em até 06 (seis) meses antes do seu vencimento (art. 12º, § 6º da Lei Federal nº 6.360/1976).

**1.2.4** O fornecedor deverá apresentar cópia da(s) bula(s) completa(s) e atualizada(s) do(s) medicamento(s) ofertado(s) conforme o registro na ANVISA/MS.

**1.2.5** O fornecedor deverá informar o(s) detentor(es) de registro(s) e nome(s) comercial(ais) do(s) medicamento(s). Em se tratando de medicamento(s) genérico(s), também deverá informar essa condição.

**1.2.6** O fornecedor deverá informar o(s) número(s) do(s) registro(s) do(s) medicamento(s) cotado(s) no Ministério da Saúde.

**1.2.7** No caso de medicamentos de notificação simplificada constantes na RDC/ANVISA nº 199/2006 e suas atualizações, o licitante deverá apresentar a notificação de registro válido junto à ANVISA e a cópia do rótulo a fim de permitir a verificação das características técnicas do produto.

**1.2.8** Todos os medicamentos devem ter impressos na embalagem primária e secundária as seguintes informações: identificação (nome, concentração, volume, via de administração) procedência, data de fabricação, validade, lote e registro na ANVISA. Todos os medicamentos devem ser entregues com no mínimo 80% de seu prazo de validade vigente.

* 1. **DO FORNECIMENTO**

**1.3.1** Forma de entrega: **ÚNICA**, diretamente na Central de Distribuição FUNEAS, em até 20 (vinte) dias úteis, a partir do recebimento das respectivas notas de empenho. O pedido de entrega do medicamento deverá ocorrer conforme solicitação.

**1.3.2** 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.

**1.3.3** O fornecedor deverá FAZER CONSTAR NA NOTA FISCAL o número da respectiva nota de empenho, número do protocolo, número da autorização de fornecimento, Unidade Hospitalar de destino, número do pregão eletrônico, o número da agência e da conta corrente do banco onde o pagamento deverá ser creditado.

**1.3.4** As quantidades solicitadas correspondem **previsão para 180 (cento e oitenta) dias.**

**LOCAL DE ENTREGA:**

**Central de Distribuição FUNEAS**

Responsável: Comissão de recebimento

E-mail: cd.funeas@gmail.com – Fone: 3542 – 2811 / ramal 2817 Rua Francisco Munõz Madrid, 625 - Bairro Roseira, São José dos Pinhais – PR,

CEP 83070-152

Horário de entrega: Segunda à Sexta –feira das 8h às 15hr

**2 OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO E DA CONTRATANTE**

**2.1 São obrigações do Contratado:**

**2.1.1** Efetuar a entrega do objeto em perfeitas condições, conforme especificações, prazo e local constantes no edital e seus anexos, acompanhado da respectiva nota fiscal, na qual constarão, quando couber, as indicações referentes a: nome do item(nome comercial ou do princípio ativo), marca, fabricante, concentração, apresentação, número do lote, data de fabricação e prazo de validade; 8.1.2 Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto, de acordo com os artigos 12, 13 e 17 a 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078, de 1990);

**2.1.3** Substituir, reparar ou corrigir, às suas expensas, no prazo fixado no Termo de Referência, o objeto com avarias ou defeitos;

**2.1.4** Comunicar à Contratante, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas que antecede a data da entrega, os motivos que impossibilitem o cumprimento do prazo previsto, com a devida comprovação; 8.1.5 Indicar preposto para representá-la durante a execução do contrato;

**2.1.6** Manter durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;

**2.1.7** Manter atualizado os seus dados no Cadastro Unificado de Fornecedores do Estado do Paraná, conforme legislação vigente;

**2.1.8** O Contratado é responsável pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento pelo órgão interessado.

**2.2 São obrigações da Contratante**

**2.2.1** Receber o objeto no prazo e condições estabelecidas neste edital e seus anexos;

**2.2.2** Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela Contratada, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta;

**2.2.3** Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade do objeto recebido provisoriamente, com as especificações constantes do edital e da proposta, para fins de aceitação e recebimento definitivo; 8.2.4 Comunicar à Contratada, por escrito, as imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas, fixando prazo para a sua correção;

**2.2.5** Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da Contratada, através de comissão ou de servidores especialmente designados;

**2.2.6** Efetuar o pagamento à Contratada no valor correspondente ao fornecimento do objeto, no prazo e forma estabelecidos neste edital e seus anexos;

**2.2.7** Efetuar as eventuais retenções tributárias devidas sobre o valor da nota fiscal e fatura fornecida pela Contratada, no que couber;

**2.2.8** prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pelo Contratado

**Carimbo CNPJ**

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

**VALIDADE DA PROPOSTA 90 DIAS**