

PROCESSO DE AQUISIÇÃO N° 024 – AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA O IBGH (INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO HOSPITALAR – CNPJ 18.972.378/0006-27) UNIDADE JARAGUA – GO (HEJA – HOSPITAL ESTADUAL DE JARAGUA DR. SANDINO DE AMORIM) DISPONÍVEL DE 11 DE FEVEREIRO DE 2019 A DE 15 FEVEREIRO DE 2019 – OS ITENS SOLICITADOS E DOCUMENTAÇÕES EXIGIDAS ESTÃO NA RELAÇÃO ABAIXO. AS COTAÇÕES ESTÃO DISPONÍVEIS ATRAVÉS DA PLATAFORMA ONLINE DE COMPRAS **BIONEXO, PESQUISANDO ATRAVÉS DO NÚMERO **024** DEMAIS ORÇAMENTOS DEVEM SER ENVIADOS ATÉ A DATA INFORMADA PARA O E-MAIL: maycon.araujo@ibgh.org.br**

QUANTIDADE	UNIDADE	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
100	AMPOLAS	50	AMIODARONA 50MG/ML 3 ML
2	FRS	3	ACEBROFILINA 10MG/ML FR 120 ML ADULTO
1000	CPR	6	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG
50	FRS	161	CEFTAZIDIMA 1 G
500	CPR	142	CAPTOPRIL 25 MG
50	AMPOLAS	67	ATRACURIO 10MG/ML 2,5 ML
200	AMPOLAS	293	EPINEFRINA 1 MG/ML 1 ML
50	AMP	278	EFEDRINA 50MG/ML 1 ML
50	FRS/AMP	77	BENZILPENICILINA BENZATINA 600.000 UI
100	AMPOLAS	172	CLINDAMICINA 150MG/ML 4 ML
20	AMP	163	CETAMINA 50MG/ML 10 ML
1000	AMP	15	AGUA DESTILADA 10 ML
100	CPR	280	ENALAPRIL 5 MG/ML 1 ML
200	AMPOLAS	400	FUROSEMIDA 10MG/ML 2 ML
100	FRS/AMP	160	CEFEPIMA 1 G
150	FRS/AMP	162	CEFRTRIAXONA EV 1 G
120	BOLSA	168	CIPROFLOXACINO 2MG/ML 200 ML
200	FRS	8	ACIDO TRANEXAMICO 50MG/ML
900	AMP	240	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5 ML
800	AMP	245	DICLOFENACO 25MG/ML 3 ML
50	AMP	112	BUPIVACAINA 5MG/ML 20 ML
30	SERINGA	281	ENOXAPARINA 40MG/0,4ML VIA SC/EV
30	CPR	145	CARVEDILOL 25 MG
200	CPR	608	PROPANOLOL 40 MG
3	FRS	241	DEXCLOFENIRAMINA 4% 100ML

200	AMPOLAS	299	ESCOPOLAMINA + DIPIRONA 4 + 500 MG/ML 5 ML
100	AMPOLAS	300	ESCOPOLAMINA 20 MG/ML 1 ML
2000	AMPOLAS	252	DIPIRONA 500MG/ML 2 ML
150	FRS/AMP	420	HIDROCORTISONA 500 MG
200	FRS/AMP	419	HIDROCORTISONA 100 MG
15	FRS	429	IPRATROPIO 0,25 MG/ML 20 ML
50	AMPOLAS	816	NITROPRUSSIATO 25MG/ML
5	FRS	428	INSULINA REGULAR R 100 UI/ML
100	AMPOLAS	321	ETILEFRINA 10MG/ML 1 ML
100	AMP	48	AMINOFILINA 24 MG/ML 10 ML
50	FRS/AMP	159	CEFAZOLINA 1G
200	FRS/AMP	549	OMEPRAZOL 40 MG/ML
50	AMP	263	DOPAMINA 5MG/ML 10 ML
150	AMP	543	NOREPINEFRINA 2 MG/ML 4 ML
50	AMP	11	ADENOSINA 3 MG/ML 2 ML
760	BOLSAS	667	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 250 ML
1920	BOLSAS	668	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 500 ML
50	AMPOLAS	187	CLORPROMAZINA 5MG/ML 5 ML
50	FRS/AMP	783	CEFALOTINA SODICA 1 G
550	FRS/AMP	739	TENOXICAM 20 MG
400	AMP	756	TRAMADOL 50MG/ML 1 ML
200	AMP	7	ACIDO ASCORBICO 100MG/ML 5 ML
100	FRS	489	LIDOCAINA 20 MG/ML 20 ML
150	AMP	550	ONDANSETRONA 2MG/ML 2 ML
50	AMP	386	FLUMAZENIL 0,1 MG/ML 5 ML
200	AMPOLAS	793	GLICOSE 25 % 10 ML
50	AMPOLAS	582	PETIDINA 50 MG/ ML 2 ML
20	FRS/AMP	52	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO 1000 MG + 200 MG
50	BOLSAS	487	LEVOFLOXACINO 500 MG 100 ML
25	AMP	111	BUPIVACAINA + GLICOSE 5 + 80 MG/ML 4 ML
100	AMP	250	DIMENIDRATO+PIRIDOXINA (EV) + GLICOSE + FRUTOSE 3+ 5 + 100 + 100 MG/ML 10 ML
160	CPR	179	CLOPIDOGREL 75MG
400	AMP	409	GLICOSE 50% 10ML

300	AMPOLAS	619	RANTIDINA 25MG/ML 2 ML
4	FRS	662	SEVOFLURANO 250ML
100	AMPOLAS	526	METLERGOMETRINA 0,2 MG/ML 1 ML
100	AMP	329	FENTANILA 50 MCG/ML 10 ML
50	FRS	416	HEPARINA 5.000 UI 5 ML
100	AMP	533	MORFINA 0/2MG/ML 1ML
100	AMPOLAS	325	FENITOINA 50MG/ML 5 ML
100	AMPOLAS	415	HALOPERIDOL 5 MG/ML 1 ML

Favor informar:

Item 1: Discriminar detalhadamente o(s) produto(s) ou serviço(s) orçado(s) e informar fabricante/marca.

Item 2: Favor enviar proposta em papel timbrado da empresa, nominal a **Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar - IBGH**, 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).

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.

Item 3: No caso de aquisição de medicamentos, materiais médico-hospitalares e equipamentos hospitalares, informar o número de **Registro no Ministério da Saúde / ANVISA**.

Item 4: 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 IBGH.

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

Item 5: No caso de aquisição de equipamentos, informar local de assistência técnica e tempo de garantia.

Item 6: 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.

Item 8: Recebimento de produtos: segunda à sexta-feira.

Item 9: Solicitamos que seja apresentado ao Setor de Compras do IBGH 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 Trabalhistas;
- Certidão Negativa de Débitos junto ao FGTS;
- Certidão Negativa de Débitos junto ao Estado de Goiás;
- Certidão Negativa de Débitos junto ao Município (ISSQN) da sede da empresa (no caso de contratação de prestação de serviços).

***As Certidões solicitadas acima serão exigidas também no ato do pagamento da (s) empresa (s) vencedora (s), ficando retido o pagamento mediante irregularidades nas documentações exigidas.**

Telefone para contato: **(62) 3998-9600**

E-mail: maycon.araujo@ibgh.org.br

Frete: **CIF**

Prazo máximo para envio da proposta: **Conforme publicação.**

Gracielle Fava
Coordenadora de Compras