

PROPOSTA DE PREÇO

Ao

Governo do Estado de Roraima - Secretaria de Estado da Saúde de Roraima
Coordenadoria Setorial de Licitação e Contratação - COSELC

EDITAL DE PREGÃO ELETRÔNICO SOB SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇO Nº:90051/2024 PROCESSO Nº:012241/2024 – SMSA

OBJETO: EVENTUAL AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS PARA DEMANDA DOS PACIENTES ATENDIDOS PELO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL “DONA ANTÔNIA DE MATOS CAMPOS” (CAPS II), POR UM PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES.

Início da sessão: dia 21/11/2024 às 09:30 horas (horário de Brasília (DF))

LOCAL: <https://www.www.gov.br/compras>

| |
|--|
| Nome de Fantasia: BOA VISTA HOSPITALAR |
| Razão Social: BOA VISTA HOSPITALAR COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS |
| CNPJ: 16.611.943/0001-90 Insc. Est.: 24.029111-3 Insc. Mun.: 10782201 Optante pelo SIMPLES? (Sim/Não): |
| Endereço: Av. Major Williams, 1663, Sala 05, Centro, CEP 69.301-110, Boa Vista / RR |
| E-mail: boavistahospitalar@gmail.com Telefone: 95 98119-0030 / 95 3624-1360 |
| Banco: Banco do Brasil agência 2617-4 CC 4.223-4 |

Dados do Representante Legal: DAVIS MANUEL BARROS QUEIROZ DE FREITAS

| Item | Qtd | Unid | Descrição | Marca | Proced | Vir Unit | Vir Total |
|--------------|---|------------|--|--|----------|----------|---------------|
| 13 | 3.000 | Amp ola | Haloperidol, decanoato 50 mg/ml, solução injetável 1 ml | UNIÃO QUÍMICA / DECAN HALOPER | Nacional | R\$ 8,10 | R\$ 24.300,00 |
| Unit | OITO REAIS E DEZ CENTAVOS | | | | | | |
| Total | VINTE E QUATRO MIL E TREZENTOS REAIS | | | | | | |

| | | |
|---|------------|------------------|
| VALOR TOTAL DA PROPOSTA | R\$ | 24.300,00 |
| VINTE E QUATRO MIL E TREZENTOS REAIS | | |

A empresa **BOA VISTA HOSPITALAR COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS** declara, expressamente, sob penas da Lei, estar em acordo com o Edital que: PESSOA AUTORIZADA PARA ASSINATURA DO CONTRATO: **DAVIS MANUEL BARROS QUEIROZ DE FREITAS** RG nº 16472233 CPF nº 704.844.142-91 SÓCIO e declara também:

Declara que nos valores das propostas de preços estão incluídas todas as despesas com tributos e fornecimento de certidões e documentos, bem como encargos fiscais, sociais, trabalhistas, previdenciários, comerciais e outros de qualquer natureza e, ainda, gastos com transporte terrestre e transporte fluvial (frete) e acondicionamento em embalagens adequadas, conforme caso e outros necessários ao cumprimento integral do objeto deste Edital e seus Anexos.;

Declara que atende todas as especificações, exigências técnicas mínimas, prazos de entrega ou de prestação, cronograma de execução e as respectivas quantidades, conforme caso;

BOA VISTA HOSP. COM. DE MEDICAMENTOS

CNPJ: 16.611.943/0001-90 Ins. Est. 24.029111-3

Av. Major Williams, 1633 sala 5, Centro, Boa Vista/RR, CEP: 69.301-110

Tel: 95 3624-1360 e-mail: boavistahospitalar@gmail.com

Pág. 1 / 2

LEI Nº 14.063, DE 23 DE SETEMBRO DE 2020

VERIFIQUE A AUTENTICIDADE DESTA DOCUMENTO EM <https://portalcidadao.prefeitura.boavista.br/verificacao.aspx> INFORMANDO O CODIGO: 73401C8CE



Declara que suas propostas econômicas compreendem a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de entrega das propostas.

Declara que caso seja vencedora no certame, submete-se a todas as condições estabelecidas neste Edital e na minuta do contrato que o integra, sob pena de rescisão unilateral do contrato;

Prazo de validade da proposta 60 (sessenta) dias, a contar da data de sua apresentação.

Prazo de entrega será de até 30 (trinta) dias corridos, contados a partir do recebimento da ORDEM DE FORNECIMENTO emitida pela Superintendência de Assistência Farmacêutica – SAF;

Local de entrega: Superintendência de Assistência Farmacêutica – SAF, da Secretaria Municipal de Saúde - SMSA, situada na Avenida Capitão Júlio Bezerra, Nº 1.150 - Bairro: Aparecida, cidade de Boa Vista – RR, no horário de funcionamento (8h às 14h); no qual deverão ser acompanhadas das referidas Notas Fiscais, que deverão estar em nome do MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL

Declara que os produtos por nós oferecidos dispõem de lote, prazo de validade e data de fabricação, comprometendo-nos a fazer a entrega do mesmo de acordo com as exigências deste Edital.

Declara que estamos de pleno acordo com todas as condições estabelecidas no Edital e seus Anexos, bem como aceitamos todas as obrigações e responsabilidades especificadas no Termo de Referência.

Declara que observará rigorosamente os prazos do instrumento contratual ou outros instrumentos hábeis que poderá manter com o órgão licitante.

Declara que atende todas as especificações, exigências técnicas mínimas, prazos de entrega, locais determinados para a entrega e as respectivas quantidades, conforme o Edital.

Declara que além dos preços aqui propostos, esta empresa se compromete a cumprir com todas as obrigações constantes neste Edital e Termo de Referência.

Declara que estamos de pleno acordo com todas as condições estabelecidas no Edital e seus Anexos, bem como aceitamos todas as obrigações e responsabilidades especificadas no Termo de Referência.

Declara de que no caso seja vencedor da licitação, entregará em transporte adequado os itens solicitados em local indicado pela Secretariade Saúde.

Declara que os produtos por nós oferecidos dispõem de lote, prazo de validade e data de fabricação,

Declara que examinamos, criteriosamente, todos os documentos do Edital, que os comparou entre si e obteve do

Declara que os elementos desta Licitação permitem a elaboração de uma proposta totalmente condizente para o

Boa Vista, 05 de dezembro de 2024

DAVIS MANUEL BARROS QUEIROZ DE FREITAS
RG nº 16472233 CPF nº 704.844.142-91

BOA VISTA HOSP. COM. DE MEDICAMENTOS

CNPJ: 16.611.943/0001-90 Ins. Est. 24.029111-3

Av. Major Williams, 1633 sala 5, Centro, Boa Vista/RR, CEP: 69.301-110

Tel: 95 3624-1360 e-mail: boavistahospitalar@gmail.com

Pág. 2 / 2

