



SOLICITAÇÃO DE ORÇAMENTO

Contato:	Renato Araujo	Fone:	(62) 3201-9495	WhatsApp:	(62) 9 8248-0073
e-mail:	renato.silva@ovg.org.br			PROCESSO Nº	202500058002892

Esta solicitação é válida até o dia: **05/06/2025** - podendo ser prorrogado (acompanhar site OVG ou plataforma HUMA)

ÁREA FORNECEDOR

Por favor, encaminhar com as seguintes informações:

Nome Fantasia:					
Razão Social:					
CNPJ.:			Inscrição Estadual:		
Contato:			Inscrição Municipal:		
Fone:			e-mail:		
Celular:			Outros:		
End.:					CEP.:
Banco:		Agência:		Conta:	

Importante: Os dados BANCÁRIOS são necessários tanto no ORÇAMENTO quanto na NOTA FISCAL, pois a partir de agora só realizaremos pagamento por meio de depósito bancário.

DO OBJETO: Contratação de empresa especializada no fornecimento de medicamentos, conforme listagem de preços estabelecida pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), com base na Tabela de Preço Máximo ao Consumidor (PMC), disponível no site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), destinados ao atendimento dos usuários do Centro de Idosos Sagrada Família – CISF na modalidade ILPI (Instituição de Longa Permanência de Idosos), com entrega parcelada, sob demanda, pelo período de 12 (doze) meses, conforme condições e especificações contidas no termo de Referência Nº 059/2025 - CPAB/GPCOM/CISF

O valor estimado para o fornecimento do objeto durante os 12 (doze) meses de contrato será de R\$655.678,34 (seiscentos e cinquenta e cinco mil seiscentos e setenta e oito reais e trinta e quatro centavos).

Salientamos que a quantidade solicitada (valor estimado) é uma previsão de consumo e que o pagamento será efetivado somente para os produtos realmente entregues, considerando a demanda da OVG.

A Contratada deverá cumprir rigorosamente as normas de Vigilância Sanitária, principalmente nos quesitos higiene, acondicionamento e transporte.

ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO
01	MEDICAMENTOS CONFORME TABELA ANVISA CMED/PMC – PREÇO MÁXIMO AO CONSUMIDOR

NOTA-SE: Ressalta-se que os medicamentos e respectivas dosagens poderão sofrer alterações de acordo com prescrições médicas. Destaca-se, ainda, que nos casos de medicamentos genéricos ou similares, deverá ser considerado o preço do laboratório/fabricante que apresentar o menor valor, exceto quando houver especificação em sentido diverso por parte do profissional prescritor.

PERCENTUAL DE DESCONTO SOBRE OS VALORES DOS ITENS DA TABELA ANVISA CMED/PMC - PREÇO MÁXIMO AO CONSUMIDOR----->	0%
--	----

OBSERVAÇÕES DOS ITENS

FAVOR ATENTAR-SE ÀS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO EDITAL E TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXADO A ESTE)

DA ENTREGA: Os produtos deverão ser entregues de forma parcelada, sob demanda, com um prazo de entrega de até 05 (cinco) dias úteis para os pedidos mensais (rotina) e de até 4 (quatro) horas para as solicitações emergenciais, contados da solicitação da OVG, observando-se as condições do Termo para a entrega dos mesmos.

Os produtos deverão ser entregues à farmacêutica responsável da OVG ou técnico designado pela OVG, no horário das 08:00 às 11:00h e das 13:00 às 16:00h, na Av. Alameda do Contorno, nº 3.038, Jardim Bela Vista - Goiânia/GO - Telefone: 3201 9601/3201 9615.

DO PAGAMENTO: O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias após entrega dos produtos/serviços e emissão válida do documento fiscal correspondente (nota fiscal, recibo ou equivalente), devidamente preenchido e atestado pelo Gestor indicado pela OVG.

Será contratada a empresa que oferecer “MAIOR PERCENTUAL DE DESCONTO sobre os valores dos itens da tabela ANVISA CMED/PMC - Preço Máximo ao Consumidor.” – **NOTA-SE: NÃO SERÁ ACEITO PERCENTUAL DE DESCONTO NEGATIVO.**

Não será admitido neste processo a participação de fornecedor/prestador de serviços em processo de falência, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação. Não será admitido neste processo a participação de fornecedor/prestador de serviços que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório na OVG, bem como com os elencados no Art. 08-C da Lei 15.503/2005, estando a proponente de acordo com os termos do presente Termo de Referência, no encaminhamento da proposta comercial.

Condição de Pagamento:	() Boleto bancário	() Depósito Bancário
-------------------------------	----------------------------	------------------------------

Prazo para pagamento:	
-----------------------	--

Validade da Proposta:	
-----------------------	--

Prazo de Entrega:	
--------------------------	--

Nota Fiscal:	() Material	() Serviço
---------------------	---------------------	--------------------

OBSERVAÇÕES DO FORNECEDOR:	
----------------------------	--

--