



SOLICITAÇÃO DE ORÇAMENTO

Contato:	TATIANE	Telefone	623201-9387	WhatsApp:	6298248-0010
e-mail:	tatiane.pires@ovg.org.br			PROCESSO Nº	202500058000853
Esta solicitação é válida até o dia: 13/05/2025 - podendo ser prorrogado (acompanhar site OVG)					

ÁREA FORNECEDOR

Por favor, encaminhar com as seguintes informações:

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

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.

OBJETO : Contratação de empresa para o fornecimento de travesseiros e colchões hospitalares, capas para colchões e para travesseiros, que serão utilizados em Unidades, Programas e Ações desta Organização, conforme especificações e condições contidas no Termo de Referência nº. 036/2025 V.II - CPAB/GPCOM/GPSA.

ITEM	DESCRIÇÃO OBJETO OU SERVIÇO	MARCA	UNIDADE	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
1	Travesseiro Hospitalar: a) Em 100% espuma flocada com Densidade-D28; b) Revestido em 100% TNT e sobreposta por revestimento em napa 100% PVC - impermeável, antialérgico e lavável, tipo de fechamento em zíper; c) Cor azul; d) Dimensões aproximadas: 55x75x20cm (largura x comprimento x altura)		UNIDADE	103	R\$ -	R\$ -
2	Colchão Hospitalar: a) Densidade D33; b) Espuma selada 100% Poliuretano, em alta performace; c) Revestimento: em napa 100% PVC, cor azul, tipo de fechamento em zíper com proteção; d) Capacidade mínima de 100kg; e) Dimensões aproximadas: 88x188x12cm; (largura x comprimento x altura);f) Com certificação do INMETRO.		UNIDADE	128	R\$ -	R\$ -

3	<p>Capa de colchão hospitalar:</p> <p>a) Em tecido bagun/napa, 0,30mm de espessura antialérgico, 100% impermeável, antiácido, respiro de ilhós forrada, tipo de fechamento em zíper com proteção;</p> <p>b) Dimensões aproximadas: 91x191x30cm (largura x comprimento x altura).</p> <p>c) Cor azul.</p>		UNIDADE	90	R\$	-	
4	<p>Capa de travesseiro hospitalar:</p> <p>a) Em napa hospitalar, 100% PVC, impermeável, tipo de fechamento em zíper;</p> <p>b) Dimensões aproximadas 58x78x 23cm.(largura x comprimento x altura);</p> <p>c) Cor azul.</p>		UNIDADE	65	R\$	-	R\$ -

VALOR TOTAL DA PROPOSTA ----->

R\$ -

NOTA-SE: Os Valores Unitários deverão ser cotados com **SOMENTE 02(duas) casas decimais** após a vírgula.

OBSERVAÇÕES DOS ITENS

FAVOR LER AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO TERMO DE REFERÊNCIA / EDITAL

ENTREGA/EXECUÇÃO : Os produtos deverão ser entregues preferencialmente de forma única, podendo ser fracionada, com um prazo de entrega de até 30 (trinta) dias úteis, contados da solicitação da OVG, observando-se as condições deste Termo de Referência para entrega.

PRAZO DE 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.

AMOSTRA : Serão solicitadas amostras dos itens 3 e 4, dos demais itens serão analisadas as especificações técnicas/catálogos, apenas da empresa que for classificada em primeiro lugar, após análise da proposta e documentação. Em caso de reprovação da amostra, chama-se a segunda colocada e assim sucessivamente. As empresas deverão apresentar amostras dos produtos idênticas aos produtos fornecidos em caso de contratação.

Para os itens 1 e 2 a Empresa deverá apresentar catálogos .

As amostras deverão ser entregues para a Gerência de Aquisição de Bens, Produtos e Serviços – GAPS da OVG, no endereço Avenida T-14, nº 249, Setor Bueno, Goiânia-GO, CEP: 74.230.130, no prazo máximo de 03 (três) dias úteis contados da solicitação da OVG.

Será contratada a empresa que oferecer o MENOR PREÇO DO ITEM

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 Lei15.503/2005, estando a proponente de acordo com os termos do presente Termo de Referência, no encaminhamento da proposta comercial

Condição de Pagamento:	<input type="checkbox"/> Boleto bancário	<input type="checkbox"/> Depósito Bancário
Prazo de pagamento:		
Validade da Proposta:		
Prazo de Entrega:		
Nota Fiscal:	Material: <input type="checkbox"/>	Serviço: <input type="checkbox"/>

Observações do Fornecedor:

--