DIÁRIO OFICIAL

CONSAN

CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DO PIEMONTE DA CHAPADA NORTE

ÍNDICE DO DIÁRIO

COMPRAS
COTAÇÃO DE PREÇOS.....

COTAÇÃO DE PREÇOS

POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE — BAHIA GOVERNO DO ESTADO — CONSAN

COTAÇÃO DE PREÇOS/PROPOSTA

Solicitamos, nos apresentar orçamento a quem interessar possa haver, cotação – preço e demais condições para os itens/descritivos constantes da tabela a seguir, para atender a demanda da Policlínica da Região de Saúde de Jacobina, mantida pelo Consórcio Público Interfederativo de Saúde de Piemonte da Chapada Norte-CONSAN.
Os interessados deverão enviar proposta para o e-mail diretoria.administrativa@policlinicajacobina.ba.gov.br até o dia 20/08/2021

EMPRESA	CNPJ

ENDEREÇO	CEP

INCRIÇÃO ESTADUAL	E-MAIL	FONE

VALIDADE DA PROPOSTA xxxxxx DIAS	PRAZO DE ENTREGA xxxxxx DIAS
PREÇOS E CONDIÇÕES OFERECIDAS PELO PROPONENTE:	

ITEM	DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO	UND	QTD	VLR UNIT	VLR TOTAL	MARCA
1	FILME LASER SDQ TAMANHO (8X10") 20X25 CM, PARA RX E MAMOGRAFIA, IMPRESSÃO A SECO. CAIXA COM 125 PELÍCULAS. SIMILAR OU COMPATÍVEL, PARA UTILIZAÇÃO NO EQUIPAMENTO KONICA MINOLTA	CX	80			
2	FILME LASER SDQ TAMANHO (10X12") 25X30 CM, PARA RX E MAMOGRAFIA IMPRESSÃO A SECO. CAIXA COM 125 PELÍCULAS. SIMILAR OU COMPATÍVEL, PARA UTILIZAÇÃO NO EQUIPAMENTO KONICA MINOLTA.	CX	150			
3	FILME LASER SDQ TAMANHO (14X17") 35X43 CM, PARA RX E MAMOGRAFIA IMPRESSÃO A SECO. CAIXA COM 125 PELÍCULAS. SIMILAR OU COMPATÍVEL, PARA UTILIZAÇÃO NO EQUIPAMENTO KONICA MINOLTA	CX	60			

VALOR TOTAL R$ (por extenso xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)

Declaramos que, no preço ofertado estão inclusas todas as despesas necessárias ao fornecimento do objeto desta cotação de preços, sendo de nossa exclusiva responsabilidade, todas as despesas a exemplo de transporte, alimentação, tributos, emolumentos, contribuições sociais, fiscais, parafiscais, seguros e outras não especificadas. Estamos cintes que não cabe quaisquer reivindicações devido a erros nesta avaliação.

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE DA EMPRESA	FONE

Local e data,.....

Av. Centenário, 420 – Nazaré- Jacobina - Bahia
E-mail: diretoria.administrativa@policlinicajacobina.ba.gov.br
CNPJ 32.104.619/0001-32

POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE BAHIA GOVERNO DO ESTADO CONSAN

_____

Assinatura

Av. Centenário, 420 – Nazaré- Jacobina - Bahia
E-mail: diretoria.administrativa@policlinicajacobina.ba.gov.br
CNPJ 32.104.619/0001-32

POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE — BAHIA GOVERNO DO ESTADO — CONSAN

COTAÇÃO DE PREÇOS/PROPOSTA

Solicitamos, nos apresentar orçamento a quem interessar possa haver, cotação – preço e demais condições para os itens/descritivos constantes da tabela a seguir, para atender a demanda da Policlínica da Região de Saúde de Jacobina, mantida pelo Consórcio Público Interfederativo de Saúde de Piemonte da Chapada Norte-CONSAN.
Os interessados deverão enviar proposta para o e-mail diretoria.administrativa@policlinicajacobina.ba.gov.br até o dia 20/08/2021

EMPRESA	CNPJ

ENDEREÇO	CEP

INCRIÇÃO ESTADUAL	E-MAIL	FONE

VALIDADE DA PROPOSTA xxxxxx DIAS	PRAZO DE ENTREGA xxxxxx DIAS

PREÇOS E CONDIÇÕES OFERECIDAS PELO PROPONENTE:

ITEM	DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO	UND	QTD	VLR UNIT	VLR TOTAL	MARCA
1	AR COMPRIMIDO – Ar comprimido Medicinal, gás comprimido, grau de pureza mínimo de 99,0%; Símbolo: O2, incolor, inodoro e insípido; em cilindro 10 m³. Aplicações: Anestesias, Reanimação Cardíaca, Terapia Profilática ou curativa, insuficiência respiratória.	M3	80			
2	OXIGÊNIO – Oxigênio Medicinal, gás comprimido, grau de pureza mínimo de 99,0%; Símbolo: O2, incolor, inodoro e insípido. Acondicionado em cilindro de 10 m³. Aplicações: Anestesias, Reanimação Cardíaca, Terapia Profilática ou curativa, insuficiência respiratória, etc.	M3	120			
3	OXIGÊNIO – Oxigênio Medicinal, gás comprimido, grau de pureza mínimo de 99,0%; Símbolo: O2, incolor, inodoro e insípido. Acondicionado em cilindro de 1 m³. Aplicações: Anestesias, Reanimação Cardíaca, Terapia Profilática ou curativa, insuficiência respiratória, etc.	M3	20			
4	OXIGÊNIO – Oxigênio Medicinal, gás comprimido, grau de pureza mínimo de 99,0%; Símbolo: O2, incolor, inodoro e insípido. Acondicionado em cilindro de 2 a 4 m³. Aplicações: Anestesias, Reanimação Cardíaca, Terapia Profilática ou curativa, insuficiência respiratória, etc.	M3	20			
VALOR TOTAL R$ (por extenso xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)						

Declaramos que, no preço ofertado estão inclusas todas as despesas necessárias ao fornecimento do objeto desta cotação de preços, sendo de nossa exclusiva responsabilidade, todas as despesas a exemplo de transporte, alimentação, tributos, emolumentos, contribuições sociais, fiscais, parafiscais,

Av. Centenário, 420 – Nazaré- Jacobina - Bahia
E-mail: diretoria.administrativa@policlinicajacobina.ba.gov.br
CNPJ 32.104.619/0001-32

POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE BAHIA GOVERNO DO ESTADO CONSAN

seguros e outras não especificadas. Estamos cintes que não cabe quaisquer reivindicações devido a erros nesta avaliação.

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE DA EMPRESA	FONE

Local e data,.....

_____

Assinatura

Av. Centenário, 420 – Nazaré- Jacobina - Bahia
E-mail: diretoria.administrativa@policlinicajacobina.ba.gov.br
CNPJ 32.104.619/0001-32

POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE BAHIA GOVERNO DO ESTADO CONSAN

COTAÇÃO DE PREÇOS/PROPOSTA

Solicitamos, nos apresentar orçamento a quem interessar possa haver, cotação – preço e demais condições para os itens/descritivos constantes da tabela a seguir, para atender a demanda da Policlínica da Região de Saúde de Jacobina, mantida pelo Consórcio Público Interfederativo de Saúde de Piemonte da Chapada Norte-CONSAN.
Os interessados deverão enviar proposta para o e-mail diretoria.administrativa@policlinicajacobina.ba.gov.br até o dia 20/08/2021

EMPRESA	CNPJ

ENDEREÇO	CEP

INCRIÇÃO ESTADUAL	E-MAIL	FONE

VALIDADE DA PROPOSTA xxxxxx DIAS	PRAZO DE ENTREGA xxxxxx DIAS

PREÇOS E CONDIÇÕES OFERECIDAS PELO PROPONENTE:

ITEM	DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO	UND	QTD	VLR UNIT	VLR TOTAL	MARCA
1	**CONTRASTE, A BASE DE ÁCIDO GADOTÉRICO OU DOTA-GD.** SOLUÇÃO INJETÁVEL DE USO EXCLUSIVAMENTE INTRAVENOSA, DESTINADA AO DIAGNÓSTICO ATRAVÉS DE IMAGEM POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (IRM). O PRINCÍPIO ATIVO REALÇADOR DO CONTRASTE DE IMAGEM É O ÁCIDO GADOTÉRICO OU DOTA-GD. CAIXA COM 25 FRASCOS AMPOLA DE 15 ML. A EMBALAGEM DEVE APRESENTAR A FRASE: VENDA PROIBIDA PELO COMÉRCIO.	FRS	200			
2	**CONTRASTE, A BASE DE GADOTERIDOL** NA CONCENTRAÇÃO DE 279,3 MG/ML (0,5 M) DE GADOTERIDOL. SOLUÇÃO INJETÁVEL DE USO EXCLUSIVAMENTE INTRAVENOSA, DESTINADA AO DIAGNÓSTICO ATRAVÉS DE IMAGEM POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (IRM). CARTUCHO COM FRASCO AMPOLA CONTENDO 15 ML. A EMBALAGEM DEVE APRESENTAR A FRASE: VENDA PROIBIDA PELO COMÉRCIO.	FRS	200			
3	**CONTRASTE, A BASE DE GADOBUTROL** NA CONCENTRAÇÃO DE 604,72 MG/ML(EQUIVALENTE A 1,0 MMOL). SOLUÇÃO INJETÁVEL DE USO EXCLUSIVAMENTE INTRAVENOSA, DESTINADA AO DIAGNÓSTICO ATRAVÉS DE IMAGEM POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	FRS	200			

Av. Centenário, 420 – Nazaré- Jacobina - Bahia
E-mail: diretoria.administrativa@policlinicajacobina.ba.gov.br
CNPJ 32.104.619/0001-32

POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE BAHIA GOVERNO DO ESTADO CONSAN

	(IRM). CARTUCHO COM FRASCO AMPOLA CONTENDO 15 ML. A EMBALAGEM DEVE APRESENTAR A FRASE: VENDA PROIBIDA PELO COMÉRCIO.					

VALOR TOTAL R$	**(por extenso xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)**
Declaramos que, no preço ofertado estão inclusas todas as despesas necessárias ao fornecimento do objeto desta cotação de preços, sendo de nossa exclusiva responsabilidade, todas as despesas a exemplo de transporte, alimentação, tributos, emolumentos, contribuições sociais, fiscais, parafiscais, seguros e outras não especificadas. Estamos cintes que não cabe quaisquer reivindicações devido a erros nesta avaliação.	

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE DA EMPRESA	**FONE**

Local e data,.....

_____

Assinatura

Av. Centenário, 420 – Nazaré- Jacobina - Bahia
E-mail: diretoria.administrativa@policlinicajacobina.ba.gov.br
CNPJ 32.104.619/0001-32