

Comissão de Licitação  
PROCESSO Nº 1483/2017

## EDITAL DE PREGÃO ELETRÔNICO REGISTRO DE PREÇOS Nº. 0212/2017

ENDEREÇO INTERNET: [licitacao@fhgv.com.br](mailto:licitacao@fhgv.com.br)

---

**UNIDADES:**

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

## EDITAL DE PREGÃO ELETRÔNICO DE COMPRA

**1 A FUNDAÇÃO HOSPITALAR GETULIO VARGAS**, inscrito no CNPJ sob nº 13.183.513/0001-27, com sede na Rua Pinheiro Machado, 331, Bairro Diehl, Sapucaia do Sul – RS, representada por seu Diretor Geral Juarez Wolf Verba, torna público por meio de seu pregoeiro designado pela portaria nº 217/2016 de 08 de Julho de 2016, que realizará licitação na modalidade **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS INJETAVEIS tipo menor preço por LOTE**, , pelo período de 12 (doze) meses, para a **HOSPITAL MUNICIPAL GETULIO VARGAS , UPA DE VIAMÃO , UPA DE LAJEADO E HOSPITAL TRAMANDAÍ** de acordo com a Lei federal n.º 10.520/02, os Decretos Municipais n.º 3.520/09 e Decreto 3.034/04 e pela Lei das Licitações 8.666/93 e demais legislações pertinentes e, ainda, pelas condições deste Edital e seus Anexos e, em conformidade com a autorização contida no Processo nº**1483/2017**.

### **2 - DA ABERTURA E PUBLICAÇÃO:**

- 1.1. **DATA DA PUBLICAÇÃO: 13/11/2017**
- 1.2. **INÍCIO DE RECEBIMENTO DA PROPOSTA:13/11/2017 AS 15H00 MIN.**
- 1.3. **TÉRMINO DE RECEBIMENTO DA PROPOSTA: 27/11/2017 AS 08H15 MIN.**
- 1.4. **ABERTURA DAS PROPOSTAS:27/11/2017 AS 08H30MIN**
- 1.5. **INICIO DA DISPUTA:27/11/2017 AS 09H00 MIN**
- 1.6. LOCAL: NO SITE [www.pregaoonlinebanrisul.com.br](http://www.pregaoonlinebanrisul.com.br)

### **2 - DO OBJETO:**

2.1 O presente Pregão Eletrônico tem por objeto o **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS de MEDICAMENTOS INJETAVEIS** pelo período de 12 (doze) meses, para **O HOSPITAL DE TRAMANDAÍ, UPA LAJEADO, HOSPITAL MUNICIPAL GETULIO VARGAS E UPA DE VIAMÃO** , tipo menor preço por lote, conforme especificações deste edital e seu anexo I.

### **3. DA FORMALIZAÇÃO DE CONSULTAS OU IMPUGNAÇÃO DO ATO CONVOCATÓRIO**

---

#### UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

3.1. Qualquer pessoa poderá pedir esclarecimentos referente ao processo licitatório até 03 (três) dias úteis, anteriormente à data fixada para abertura da sessão pública, exclusivamente por meio eletrônico via internet, através do e-mail [licitacao@fhgv.com.br](mailto:licitacao@fhgv.com.br).

3.2. Qualquer pessoa poderá impugná-lo, por meio eletrônico via internet, através do e-mail [licitacao@fhgv.com.br](mailto:licitacao@fhgv.com.br) ou diretamente no setor de licitações, em até 02 (dois) dias úteis, anteriormente à data fixada para abertura da sessão pública cabendo ao Pregoeiro (a) decidir sobre a impugnação no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas úteis .

3.3. Caso seja acolhida à impugnação contra o ato convocatório, será designada nova data para a realização do certame.

#### **4 - DO RECEBIMENTO E ABERTURA DAS PROPOSTAS E DATA DO PREGÃO**

4.1 A licitante deverá observar as datas e os horários limites previstos para a abertura da proposta, atentando também para a data e horário para início da disputa.

#### **5 - DA REFERÊNCIA DE TEMPO**

5.1 Todas as referências de tempo no Edital, aviso e durante a Sessão Pública observarão obrigatoriamente o horário de Brasília – DF e, dessa forma, serão registradas no sistema eletrônico e na documentação relativa ao certame.

#### **6 - CONDIÇÕES GERAIS PARA PARTICIPAR:**

6.1. Poderão participar deste pregão as pessoas Físicas ou Jurídicas que estiverem cadastradas e habilitadas junto à sessão de cadastro da CELIC (Central de Licitação do Estado do Rio Grande do Sul), e que atenderem a todas as exigências, inclusive quanto à documentação conforme estabelecido neste edital.

#### **7 - DO CREDENCIAMENTO:**

7.1 O credenciamento dos licitantes dar-se-á pelas atribuições da chave de identificação e da senha pessoal e intransferível para acesso ao sistema obtido junto à seção de cadastros da Central de Licitações do Estado do Rio Grande do Sul (CELIC), atualmente denominada Central de Compras (CECOM), de acordo com a instrução normativa nº 002/2004 daquele órgão. A perda da senha ou quebra do sigilo deverão comunicar imediatamente à seção de cadastro da CELIC e a unidade de compras da **FHGV**, para imediato bloqueio de acesso.

7.1.1 O credenciamento poderá ser realizado no site [www.cecom.rs.gov.br](http://www.cecom.rs.gov.br), no link “CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO”, onde constam as instruções para o credenciamento,

---

#### UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

bem como o formulário de solicitação de credenciamento via internet no link ao final da página, que deverá ser encaminhado à CECOM com a documentação exigida, dirigida à SEÇÃO DE CADASTRO DE FORNECEDORES da CECOM, sito à Av. Borges de Medeiros nº. 1.501, 2º Andar, Porto Alegre / RS, CEP 90119-900.

7.1.2 Esse credenciamento ainda poderá ser realizado junto à CECOM, onde deverá ser solicitado o "Termo de Senha Eletrônica" e entregue preenchido e assinado, juntamente com a documentação exigida, na Central de Compras – CECOM, sito à Av. Borges de Medeiros, nº. 1.501, 2º andar, Porto Alegre / RS, CEP. 90110.150. Seção de Cadastro Fone: (51) 3288.1583 e (51) 3288 1584, e-mail: [cadastro@sarh.rs.gov.br](mailto:cadastro@sarh.rs.gov.br), Fax: (51) 3288. 1165.

7.1.3 Após o recebimento e a análise da documentação, a CECOM disponibilizará o uso da Senha Eletrônica ao usuário responsável, no prazo de até 03 dias úteis.

7.2 O credenciamento junto ao provedor do sistema (CELIC) implica a responsabilidade legal da licitante ou do seu representante legal e na presunção de sua capacidade técnica para realização das transações inerentes ao pregão.

7.3 O uso da senha pelo licitante é de sua inteira responsabilidade, incluindo qualquer transação efetuada diretamente ou por seu representante, não cabendo a **FUNDAÇÃO**

7.4 **HOSPITALAR GETULIO VARGAS**, à **CELIC**, à **PROCERGS** ou ao **BANRISUL** responsabilidade por eventuais danos causados por uso indevido da senha, ainda que por terceiros.

## 8 - DOCUMENTAÇÃO NECESSÀRIA

8.1 Certificado de Fornecedor do Estado (CFE), **acompanhado de seu anexo**, **OU** do Sistema Integrado de Cadastramento Unificado de Fornecedores (SICAF), **acompanhado do Certificado de Registro Cadastral (CRC)**, válido na data da apresentação das propostas.

8.1.2 Caso algum dos documentos elencados no corpo do CFE ou SICAF esteja com prazo de validade expirado, o licitante deverá apresentar o documento válido, junto com o CFE ou SICAF no ato da habilitação .

8.2 Na ausência da apresentação de documento de comprovação dos cadastros citados no **item 8.1**, a empresa deverá apresentar a seguinte documentação:

- 
- 8.2.1 Registro comercial, no caso de empresa individual;
- 8.2.2 Prova de inscrição Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ);
- 8.2.3 Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
- 8.2.4 Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;
- 8.2.5 Prova de regularidade para com a Fazenda Federal; “Certidão de Débitos Relativos ao Crédito Tributário e à Dívida Ativa”
- 8.2.6 Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual;
- 8.2.7 Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal do domicílio ou sede do licitante, ou outra equivalente;
- 8.2.8 Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;
- 8.2.9 Certidão negativa de falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial, expedida no domicílio da pessoa física;
- 8.2.10 Certidão negativa de débitos trabalhistas;
- 8.3 Declaração da proponente de que não pesa contra si declaração de INIDONEIDADE expedida por Administração Pública de qualquer esfera, conforme modelo constante no **ANEXO II**.
- 8.4 Declaração de que não emprega Menor de 18 anos, conforme modelo no **ANEXO III**.
- 8.5** Declaração de que não possui vínculo empregatício com a FHGV, conforme modelo no **ANEXO IV**.
- 8.6 Certidão simplificada ou cópia do enquadramento em Microempresa – ME ou Empresa de Pequeno Porte – EPP autenticada pela junta comercial, quando for o caso.
- 8.6.1 Conforme Art. 43. § 1º da Lei Complementar 147/2014 - Havendo alguma restrição na comprovação da regularidade fiscal, será assegurado o prazo de 5 (cinco) dias úteis,

cujo termo inicial corresponderá ao momento em que o proponente for declarado o vencedor do certame, prorrogável por igual período, a critério da administração pública, para a regularização da documentação, pagamento ou parcelamento do débito e emissão de eventuais certidões negativas ou positivas com efeito de certidão negativa.

## **8.7 Qualificação Técnica**

8.7.1. O Registro de Produto fornecido pela ANVISA ou Certificado de Cadastramento emitido pela ANVISA, quando o produto estiver dispensado de registro.

8.7.1.1. Caso o Registro do produto esteja vencido e a empresa tenha protocolado sua revalidação sem que a mesma tenha sido publicada no Diário Oficial da União, a licitante deverá apresentar o registro anterior vencido ou a publicação do registro antigo na Imprensa Oficial, acompanhada, em ambos os casos, do protocolo de revalidação, sendo necessário que este tenha sido requerido no máximo até o primeiro semestre do último ano do quinquênio de validade do registro, conforme disposto no art. 12, § 6.º da Lei n.º 6.360/76, regulamentada pelo Decreto n.º 79.094/77.

8.7.1.2. O Registro do produto junto à ANVISA deverá estar devidamente identificado com o número do item cotado e preferencialmente emitido via internet, onde poderá ser verificado pela Comissão de Licitação;

8.7.2. Autorização de Funcionamento Especial expedida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, ou outro órgão que a antecedeu, conforme Decreto n.º 79094/77, de 05 de janeiro de 1977, que regulamenta a Lei n.º 6.360/76, em seu Artigo 2º e com base na Lei n.º 9.782/99, de 20 de janeiro de 1999.

8.7.3. Deverá ser fornecido CBPF (Certificado de Boas Práticas de Fabricação) para os produtos onde é exigido a apresentação do mesmo.

8.7.4. Licença de Funcionamento/ Alvará de Saúde ou equivalente, expedida pelo órgão de Vigilância Sanitária de competência Estadual ou Municipal da sede da licitante, válida para o ano em exercício ou conforme dispuser a própria certidão ou a legislação competente. A licitante deverá apresentar a Licença ou Alvará da Vigilância Sanitária correspondente ao endereço do local onde efetivamente armazenará o objeto licitado, mesmo que em CNPJ diferente daquele com o qual esteja participando da licitação.

---

### UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

8.7.5. Medicamentos que necessitam de refrigeração só serão aceitos caso não existir outro laboratório em que se possa armazenar em temperatura ambiente e armazenado de forma que se mantenha sua qualidade durante o transporte de entrega .

8.7.6. Medicamentos fotossensíveis : dar-se-á preferência aos laboratórios que não apresentem esta característica , caso houver .

8.7.7. Medicamentos magistrais/manipulados de acordo com a RDC 67/2017 , só devem ser adquiridos quando não houver o mesmo disponível no mercado , com a mesma concentração .

8.7.8. Medicamentos controlados (portaria 344/98) devem ser entregues em notas fiscais separadas dos demais medicamentos .

8.7.9. O prazo de validade dos medicamentos devem ser de no mínimo 1 (um) ano a partir da data de aquisição .

## 9. - DA PARTICIPAÇÃO

9.1 A participação no Pregão Eletrônico se dará por meio da digitação da senha pessoal e intransferível do representante credenciado e subsequente encaminhamento da proposta de preços, exclusivamente por meio do sistema eletrônico, observada data e horário limite estabelecidos.

9.2 O encaminhamento da proposta pressupõe o pleno conhecimento e atendimento às exigências de habilitação previstas no Edital. A licitante será responsável por todas as transações que forem efetuadas em seu nome no sistema eletrônico, assumindo como firmes e verdadeiras suas propostas e lances.

9.3 Caberá à licitante acompanhar as operações no sistema eletrônico durante a sessão pública do Pregão Eletrônico, ficando responsável pelo ônus decorrente da perda de negócios diante da inobservância de quaisquer mensagens emitidas pelo sistema ou de sua desconexão.

**9.4 Serão lançadas no sistema as quantidades totais de cada lote, sendo essas quantidades referentes ao período total relativas à aquisição prevista para o período de 12 meses.**

9.4.1. Na formulação da proposta inicial eletrônica o interessado em participar da licitação deverá informar o valor unitário de cada lote descrito, e o valor total de cada lote para o período de 12 meses, compreendendo-se as quantidades constantes no **ANEXO I** deste

---

#### UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



edital, **SENDO QUE O LANCE PARA A DISPUTA DEVERÁ SER O VALOR TOTAL DO LOTE REFERENTE À ESTIMATIVA DE AQUISIÇÃO PARA O PERÍODO DE DOZE MESES.**

9.4.2 Não serão aceitas propostas com mais de 01 (uma) cotação por lote.

9.4.3 Na Proposta anexada no portal de Compras do Bannisul deverão constar todas as especificações que constam no **item 11 (DA PROPOSTA E FORNECIMENTO)** deste edital.

9.5 Não serão consideradas as propostas que deixarem de atender os requisitos mínimos deste edital, inclusive as que expressamente contrariarem ao disposto no mesmo e as que forem manifestamente inexequíveis, presumindo-se como tais aquelas que contiverem preços vis ou excessivos, face aos preços correntes no mercado;

9.6 A apresentação da proposta eletrônica significará expressa aceitação pelas licitantes de todas as disposições deste edital.

9.7 Os representantes das Microempresas, Empresas de Pequeno Porte e Cooperativas para poderem se beneficiar do disposto na Lei Complementar nº. 123/06 e Lei 11.488/07, respectivamente, deverão identificar o tipo do segmento de empresa que representam. Para tanto, ao acessar o sítio eletrônico de licitações do Banco BANRISUL com sua chave e senha, deverão identificar sua empresa no seu devido segmento, **sob pena de não poderem se utilizar dos benefícios da referida Lei.** Não será concedido outro momento processual para visar alcançar os benefícios da Lei Complementar nº. 123/06.

9.8 As empresas que se identificarem no sítio eletrônico do banco BANRISUL como sendo Microempresa, Empresa de Pequeno Porte ou Cooperativa, e no decorrer da licitação forem declaradas vencedoras, para se beneficiarem do disposto na Lei Complementar nº. 123/06, Lei 11.488/07 e 147/2014 deverão apresentar junto com a documentação para habilitação da empresa o balanço patrimonial e o demonstrativo de resultado do último exercício se houver. Na falta destes, a empresa deverá apresentar declaração da Junta Comercial do estado respectivo enquadrando-a como EPP ou ME ou comprovação que é optante pelo simples nacional (poderá ser verificada a situação da empresa através do sítio eletrônico na internet), de forma a comprovar a sua condição de ME/EPP/Cooperativa. A não apresentação destes documentos ou equivalentes acarretará a

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



desclassificação/inabilitação da empresa e a reversão dos atos anteriores que a beneficiaram, sem prejuízo das sanções cabíveis para o caso.

## **10 - DOS CRITÉRIOS DE ABERTURA DAS PROPOSTAS E FORMULAÇÃO DOS LANCES:**

10.1 A partir do horário previsto no sistema, terá início a sessão pública do Pregão Eletrônico, com a divulgação das propostas de preços recebidas, passando o pregoeiro a avaliar a aceitabilidade das propostas,

10.2. Aberta à etapa competitiva, os representantes das licitantes deverão estar conectados ao sistema para participar da sessão de lances. A cada lance ofertado o participante será imediatamente informado de seu recebimento e respectivo horário de registro e valor.

10.3 Só serão aceitos lances cujos valores forem inferiores ao último lance que tenha sido anteriormente registrado no sistema por sua própria empresa.

10.4. Durante o transcurso da sessão pública, os participantes serão informados, em tempo real, do valor do menor lance registrado. O sistema não identificará o autor dos lances aos demais participantes.

10.5. No caso de desconexão com o pregoeiro, no decorrer da etapa competitiva do Pregão Eletrônico, o sistema eletrônico poderá permanecer acessível às licitantes para a recepção dos lances. O pregoeiro retornará, quando possível, sem prejuízos dos atos realizados.

10.6. Quando a desconexão persistir por tempo superior a dez minutos, a sessão do Pregão Eletrônico será suspensa e terá reinício somente após nova conexão por parte do pregoeiro, ficando desde já todos os licitantes cientes que devem acompanhar a licitação até o término da disputa.

10.7 O pregoeiro encerrará o tempo normal de disputa da sessão pública mediante encaminhamento de aviso de fechamento iminente dos lances e subsequente transcurso do tempo randômico, findo o qual será encerrada a recepção de lances.

10.8. O sistema informará a proposta de menor preço imediatamente após o encerramento da etapa de lances. O empate "ficto", previsto pelo benefício da Lei complementar nº. 123/06 (Cooperativas estão também beneficiadas pelo dispositivo da Lei 11.488/07) será detectado automaticamente na sala de disputa da licitação. Encerrado o tempo Randômico o sistema identificará a existência da situação de empate "ficto" informando o nome da empresa. Em seguida, o sistema habilitará a Pregoeiro o botão "Convocar" que permitirá a convocação da empresa que se

---

### UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

encontra em situação de empate. Acionado o botão, o sistema emitirá nova mensagem informando para a empresa em situação de empate “ficto” que deverá, em 5 (cinco) minutos, ofertar novo lance, inferior ao menor lance registrado para o lote. Durante esse período, apenas a empresa convocada poderá registrar o novo lance. O prazo é decadencial e, não havendo manifestação da empresa em situação do benefício, o sistema verificará se há outra empresa em situação de empate “ficto”, realizando o chamado de forma automática. Não havendo mais nenhuma empresa em situação de empate “ficto”, o sistema emitirá mensagem, cabendo a pregoeiro dar encerramento à disputa do lote. Todos estes procedimentos acontecerão na sala de disputa do lote, estando essas informações disponíveis para os demais participantes do Pregão e também para toda a sociedade.

10.9. Caso não sejam apresentados lances, será verificada a conformidade entre a proposta de menor preço e o valor estimado para a contratação quando não existir a figura do “empate ficto”, no entanto, quando esta existir, será dada a oportunidade as ME/EPP/Cooperativas realizar seus lances e somente após será procedida à verificação da conformidade entre a proposta de menor preço e o valor estimado para a contratação.

10.10. Constatando o atendimento das exigências fixadas no edital, o objeto será adjudicado ao autor da proposta ou lance de menor preço.

10.11 A indicação do lance vencedor, a classificação dos lances apresentados e demais informações relativas à sessão pública constarão de ata circunstanciada divulgada no sistema eletrônico, sem prejuízo das demais formas de publicidade prevista no Decreto Municipal 3520/09, e na legislação pertinente.

## **11- DA PROPOSTA E FORNECIMENTO**

11.1. A proposta de preços deverá ser apresentada em 01 (uma) via sem emendas, rasuras ou entrelinhas, em papel timbrado do licitante e redigida com clareza, em língua portuguesa, salvo quanto a expressões técnicas de uso corrente, devidamente datada e assinada na última folha e rubricada nas demais pelo licitante ou seu representante legal, contendo:

11.1.1 Razão social do licitante, CNPJ, endereço completo, telefone e endereço eletrônico (e-mail) para contato, bem como: nome, CPF, domicílio e cargo na empresa do representante legal, para fins de assinatura do Contrato;

---

### UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

- 11.1.2 Indicar o número do lote, a marca, a descrição completa dos objetos ofertados, quantidade e a apresentação da unidade, conforme **ANEXO I**, contendo apenas uma cotação para cada lote;
- 11.1.3 Preço unitário e total, conforme **ANEXO I**, expresso em Real (R\$), em algarismos e por extenso, de forma clara e precisa, sem alternativas de preços ou qualquer outra condição que induza o julgamento a ter mais de um resultado;
- 11.1.4 A proposta deve vir acompanhada, conforme o caso, de prospectos, especificações técnicas, em língua portuguesa, ou por quaisquer outros elementos necessários ao bom e rápido conhecimento do objeto deste Edital;
- 11.1.5 Os preços devem ser registrados com até **quatro casas após a vírgula**. Caso o preço não corresponda à unidade, será feito o cálculo com arredondamento a menor;
- 11.1.6 Deve ser apresentada na proposta a opção de assistência técnica disponível, informando os dados da empresa, quando se aplicar;
- 11.1.7 As propostas deverão indicar a quantidade de unidades que contém a embalagem para o fornecimento de seu produto e marca, sob pena de desclassificação de suas propostas. As empresas que não enviarem a informação da quantidade acima referida serão desclassificadas.
- 11.2 Nos preços cotados deverão estar inclusos todos os custos e despesas, tais como taxas, impostos, fretes e outros.
- 11.3 A validade da proposta será de no mínimo **60 (sessenta) dias** contada a partir da data da entrega das propostas físicas na Comissão de Licitação, conforme permite o artigo 6º da Lei 10.520/02.
- 11.4 A licitante deverá dar garantia de que o objeto ofertado será substituído, sem ônus para a FSSS, caso não esteja de acordo com os padrões de qualidade exigidos em nível nacional.
- 11.5 As licitantes arcarão com todos os custos decorrentes da elaboração e apresentação de suas propostas.
- 11.6 Não serão consideradas as propostas que deixarem de atender os requisitos mínimos deste edital, as que expressamente contrariarem ao disposto no mesmo e as que forem

---

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

manifestamente inexequíveis, presumindo-se como tais aquelas que contiverem preços vis ou excessivos, face aos preços correntes no mercado.

11.7 A apresentação da proposta significará expressa aceitação pelas licitantes de todas as disposições deste edital.

11.8 O fornecedor ficará obrigado a atender todos os pedidos efetuados durante a vigência desta ata, mesmo que a entrega deles decorrente esteja prevista para data posterior a do seu vencimento.

11.9 A empresa deverá indicar na proposta final nome completo do preposto e seu CPF, para representá-lo durante a execução do contrato junto aoFHGV. Bem como também dados bancários da empresa (banco, agência e conta corrente) para fins de pagamento.

## **12 - CRITÉRIOS DE JULGAMENTO DAS PROPOSTAS:**

12.1 Para julgamento será adotado o critério de **MENOR PREÇO POR LOTE** observadas as especificações técnicas e demais condições definidas neste Edital e seus Anexos.

12.2 O pregoeiro anunciará a licitante detentora da proposta ou lance de menor valor, imediatamente após o encerramento da etapa de lances da sessão pública ou, quando for o caso, após negociação e decisão pelo pregoeiro acerca da aceitação do lance de menor valor.

12.3. Se a proposta ou o lance de menor valor não for aceitável, o pregoeiro examinará a proposta ou o lance subsequente, na ordem de classificação, verificando a sua aceitabilidade e procedendo a sua habilitação. Se for necessário, repetirá esse procedimento, sucessivamente, até a apuração de uma proposta ou lance que atenda o Edital.

## **13 - DA DOCUMENTAÇÃO PARA HABILITAÇÃO:**

Para fins de Habilitação do autor da melhor proposta está deverá ser enviada eletronicamente, após a solicitação do pregoeiro, no prazo de 60 (sessenta) minutos a contar do encerramento da sessão virtual. Os documentos devem provar a habilitação do licitante no dia da abertura da sessão pública.

13.1 A proposta deverá ser enviada eletronicamente, após a solicitação do pregoeiro, no prazo de 60 (sessenta) minutos a contar do encerramento da sessão virtual. Os documentos devem provar a habilitação do licitante no dia da abertura da sessão pública.

---

### UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

13.2 **Os documentos de habilitação (referente ao item 8 – documentações necessárias), deverão ser enviados eletronicamente sem necessidade de envio dos mesmo pelo correio** após a solicitação do pregoeiro, no prazo de até 60 (sessenta) minutos a contar do aceite da proposta final. Os documentos devem provar a habilitação do licitante no dia da abertura da sessão pública.

**13.2.1 Não será necessário o envio dos documentos físicos devido a terem sido anexados no site do <http://www.pregaoonlinebanrisul.com.br/>**

13.3 Caso haja alguma restrição na apresentação dos documentos relativos à regularidade Fiscal das Microempresas, Empresas de Pequeno Porte e Cooperativas beneficiadas pela Lei Complementar 123/06, e Lei 11.488/07, a elas será assegurada prazo de **05 (cinco) dias** úteis, cujo termo inicial corresponderá ao momento em que o proponente for declarado vencedor do certame, improrrogável, para a regularização da documentação referida. A não regularização da documentação no prazo previsto acima implicará na inabilitação do licitante, sem prejuízo das sanções previstas no art. 81 da Lei nº. 8.666/93, sendo facultado à administração convocar os licitantes remanescentes, na ordem de classificação, ou revogar a licitação. A decisão que inabilitar a Microempresa, Empresa de Pequeno Porte ou Cooperativa beneficiadas pelas referidas Leis, pela não regularização da documentação fiscal no prazo estabelecido, será comunicada as empresas participantes pelo “chat” de mensagens do sítio eletrônico do BANRISUL.

## 14. DOS RECURSOS

14.1. Declarado o vencedor, qualquer licitante poderá manifestar imediata e motivadamente a intenção de recorrer, dentro do prazo máximo de 20 (vinte) minutos, em formulário eletrônico específico, com registro em ata da síntese das suas razões.

14.1.1. Será concedido o prazo de 3 (três) dias, contados da declaração de vencedor, para o licitante interessado apresentar suas razões fundamentadas, exclusivamente no sistema [www.pregaoonlinebanrisul.com.br](http://www.pregaoonlinebanrisul.com.br), ficando os demais licitantes, desde logo, intimados para, querendo, apresentar contra razões em igual prazo, que começará a contar do término do prazo do recorrente, sendo-lhes assegurada vista imediata dos elementos indispensáveis à defesa dos seus interesses.

14.1.2. A falta de manifestação nos termos previstos neste Edital importará decadência desse direito, ficando o pregoeiro autorizado a adjudicar o objeto ao licitante declarado vencedor.

### UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

14.1.3. Não será concedido prazo para recursos sobre assuntos meramente protelatórios ou quando não justificada a intenção de interpor o recurso pela proponente.

14.2. Caberá ao pregoeiro receber, examinar e decidir os recursos, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, encaminhando à autoridade competente, devidamente informado, quando mantiver a sua decisão.

14.2.1. A autoridade competente deverá proferir a sua decisão no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir do recebimento do recurso.

14.2.2. A petição de recurso dirigida à autoridade competente, por intermédio do pregoeiro, deverá ser fundamentada e encaminhada eletronicamente por meio do sistema [www.pregaoonlinebanrisul.com.br](http://www.pregaoonlinebanrisul.com.br).

## 15 - DA HOMOLOGAÇÃO E CONTRATAÇÃO:

15.1 À vista do relatório do Pregoeiro, o resultado da licitação será submetido à consideração da autoridade competente do FHGV, para fins de homologação.

15.2 A contratação formalizar-se-á mediante a assinatura de instrumento particular, observadas as cláusulas e condições deste Edital e da proposta vencedora, conforme a Minuta da Ata de Registro de Preços que integra este Edital.

15.3 A assinatura da Ata de Registro de Preços pela adjudicatária dar-se-á no prazo de até 03 (três) dias úteis a contar da data de sua convocação pela unidade de compras do FHGV, devendo ser efetuada nas dependências deste, por representante legalmente autorizado.

15.4 A recusa injustificada da adjudicatária em assinar a Ata de Registro de Preços dentro do prazo estabelecido caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida, sujeitando-o às penalidades previstas no item **22 (Sanções)** deste Edital.

15.5 É facultado o FHGV, quando a adjudicatária não assinar a Ata de Registro de Preços no prazo e condições estabelecidas, convocar as licitantes remanescentes, na ordem de classificação, hipótese em que o Pregoeiro poderá negociar diretamente com a licitante para obtenção de um preço melhor.

15.6 É permitida adesão a ata conforme previsto na Lei 7892/2013.

---

### UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

---

## 16 DA ENTREGA E RECEBIMENTO:

16.1 Os produtos, objetos deste edital, deverão ser entregues diretamente na Unidade de Farmácia, de segunda a sexta-feira, das 08h às 16h30, nos seguintes endereços:

### **HOSPITAL DE TRAMANDAI**

CNPJ: 13.183.513/0002-08

Av. Emancipação, 1255

Tramandaí - RS, CEP 95590-000

Fone: (51) 3684-0300

Segunda-feira a sexta-feira das 08h às 12h e das 13h às 16h

### **HOSPITAL MUNICIPAL GETULIO VARGAS**

CNPJ: 13.183.513/0001-27

Rua Pinheiro Machado, 331, Diel

Sapucaia do Sul RS, CEP: 93210.1803

Telefone: (51) 3451.1591/ (51) 3450.3688/ (51) 3451 8200

Segunda-feira a sexta-feira das 08h às 12h e das 13h às 16h

### **UPA LAJEADO**

CNPJ: 13.183.513/0006-31

RUA CARLOS SPHOR FILHO, 3480

BAIRRO MOINHOS D'ÁGUA

CEP: 95900-000 – LAJEADO

Fone: (51) 3982-1473

### **UPA VIAMÃO**

CNPJ: 13.183.513/0009-84

Av senador salgado filho, 2055

Bairro santa Cecilia - Viamão

Fone: (51) 3493-4378

---

#### UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



**16.1 Recebimento provisório-** no ato da entrega do objeto, no Setor que procederá à conferência de sua conformidade com as especificações do Edital, da Ata de Registro de Preços e/ou do Contrato. Caso não haja qualquer impropriedade explícita, será atestado esse recebimento;

**16.2 Recebimento definitivo** - em até 5 dias úteis após o recebimento provisório, mediante “atesto” na nota fiscal/fatura, após comprovada a adequação aos termos contratuais e desde que não se verifique defeitos ou imperfeições.

16.2 A entrega dos materiais deverá ocorrer, conforme necessidade e solicitação prévia enviada pela unidade de compras.

16.3 O prazo de entrega será de até 07 (sete) dias úteis, contados a partir da solicitação, sendo que qualquer prazo superior a esse deverá ocorrer somente com a prévia autorização da Unidade de Farmácia, sob pena de aplicação das sanções previstas no item 22.

16.4 Comunicar a contratante, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas que antecede a data da entrega, os motivos que impossibilitem o cumprimento do prazo previsto, com a devida comprovação.

16.5 A entrega somente será considerada concluída mediante a emissão de recebimento, expedido pela FHGV.

16.6 Quando constatada irregularidade nos objetos da entrega, a Instituição efetuará a devolução das mercadorias, sendo a empresa fornecedora obrigada a retirar o objeto recusado e repor por produto adequado, no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas.

16.7 Será permitida somente uma substituição conforme descrita no lote acima, após serão aplicadas as penalidades cabíveis.

16.8 A empresa **CONTRATADA** deverá fornecer instruções sobre cuidados e condições de armazenagem.

16.9 Cada fornecimento deverá ser efetuado mediante solicitação da Unidade de Farmácia da **FHGV**, através da respectiva Autorização de Fornecimento do produto (Ordem de Compra).

16.10 Os produtos deverão ser entregues acompanhados da Nota Fiscal/Fatura correspondente. Na nota fiscal deve conter fabricante, lote e a data de validade dos materiais.

UNIDADES:

16.11 A licitante deverá dar garantia de que o produto ofertado será substituído, sem ônus para o FHGV, caso não esteja de acordo com os padrões de qualidade exigidos neste edital.

16.12 As mercadorias solicitadas deverão vir em embalagens íntegras onde conste a composição, data de fabricação e validade dos produtos. Não serão recebidos produtos em embalagens violadas (furadas, rasgadas, amassadas ou enferrujadas).

16.13 Serão aceitos somente medicamentos de laboratórios que possuem certificados de Boas Práticas de Fabricação vigentes expedidos pela ANVISA.

16.14 Participarão do processo licitatório apenas fornecedores com AFE (Autorização de Funcionamento Especial) e Alvará Sanitário vigentes expedido pela Vigilância Sanitária.

16.15 Medicamentos que necessitam de refrigeração só serão aceitos caso não exista o mesmo medicamento em forma de armazenamento comum (temperatura ambiente). Caso seja fornecido medicamento que necessite de refrigeração a empresa deverá entregá-lo em transporte adequado (refrigerado).

16.16 O prazo de validade dos medicamentos devem ser de no mínimo 1 (um) ano a partir da data de aquisição.

16.17 Os medicamentos apresentados em formas farmacêuticas sólidas devem ser em cartelas ou blister e na apresentação de comprimido

16.18 Para fins de instrução das empresas **CONTRATADAS** para a correta forma de emissão das notas fiscais de fornecimento de bens e ou serviços a FUNDAÇÃO HOSPITALAR GETULIO VARGAS (FHGV) e suas filiais, será adotado os seguintes critérios:

16.18.1 Notas fiscais de fornecimento de material de consumo, bens e ou serviços ao FHGV E HOSPITAL TRAMANDAÍ: o fornecedor deverá emitir a Nota Fiscal em nome da filial e utilizar os dados do destinatário, o CNPJ, o endereço da filial, fazendo a entrega do material de consumo, dos bens e ou serviços no endereço informado na Autorização de Fornecimento (Ordem de Compra);

## 17 - DA VALIDADE DO REGISTRO DE PREÇOS

17.1 A ata de Registro de Preços a ser firmada entre o FHGV e as empresas que apresentarem

---

### UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

as propostas classificadas em 1º (primeiro) lugar no presente certame, terá validade pelo prazo de 12 (doze) meses , a partir de sua assinatura.

## **18 - DA FORMA DE PAGAMENTO:**

18.1 O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias a contar da data da entrega dos produtos na **UNIDADE DE FÁRMACIA**, sendo que nas Notas Fiscais deverá constar o mesmo CNPJ da proposta.

18.2 Nenhum pagamento será efetuado à **CONTRATADA** enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação que lhe for imposta, em virtude de penalidades ou inadimplemento, sem que isso gere direito ao pleito de atualização.

18.3 A critério da Administração poderão ser descontados dos pagamentos devidos, os valores para cobrir despesas com multas, indenizações a terceiros e outras de responsabilidade da contratada.

18.4 Os recursos utilizados para pagamento da referida despesa correrão por conta da **3030 (Medicamentos) – HOSPITAL DE TRAMANDAÍ , FUNDAÇÃO HOSPITALAR GETULIO VARGAS, UPA LAJEADO E UPA DE VIAMÃO.**

18.5 O crédito será efetuado em conta corrente da contratada, devendo a mesma informar no contrato e na própria Nota Fiscal o nome do Banco, número da agência e número da conta corrente.

18.6 Para fins de instrução das empresas CONTRATADAS para a correta forma de emissão das notas fiscais de fornecimento de bens e ou serviços a FUNDAÇÃO HOSPITALAR GETULIO VARGAS e suas filiais, será adotado os seguintes critérios

18.6.1 Notas fiscais de fornecimento de material de consumo, bens e ou serviços ao HOSPITAL DE TRAMANDAÍ , UPA VIAMÃO , UPA LAJADO E A FUNDAÇÃO HOSPITALAR GETULIO VARGAS: o fornecedor deverá emitir a Nota Fiscal em nome da filial e utilizar os dados do destinatário, o CNPJ, o endereço da filial, fazendo a entrega do material de consumo, dos bens e ou serviços no endereço informado na Autorização de Fornecimento (Ordem de Compra);

---

### UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

---

## **19 DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:**

- 19.1 Receber o objeto no prazo e condições estabelecidas no Edital e seus anexos;
- 19.2 Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos bens recebidos provisoriamente com as especificações constantes do Edital e da proposta, para fins de aceitação e recebimento definitivo;
- 19.3 Comunicar à Contratada, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;
- 19.4 Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da Contratada, através de comissão/servidor especialmente designado;
- 19.5 Efetuar o pagamento à Contratada no valor correspondente ao fornecimento do objeto, no prazo e forma estabelecidos no Edital e seus anexos;
- 19.6 A administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela Contratada com terceiros ainda que vinculados a execução do presente objeto, bem como qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da Contratada, de seus empregados, prepostos ou subordinados;

## **20 OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

- 20.1 Cumprir todas as obrigações constantes no Edital, seus anexos e sua proposta, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto.
- 20.2 Efetuar a entrega do objeto em perfeitas condições, conforme especificações, prazo e local constantes no Edital e seus anexos, acompanhado da respectiva nota fiscal, na qual constarão as indicações referentes a: fabricante, lote, prazo de validade.
- 20.3 Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto, de acordo com os artigos 12, 13 e 17 a 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078, de 1990);
- 20.4 Substituir, reparar ou corrigir, às suas expensas, no prazo fixado neste Termo de Referência, o objeto com avarias ou defeitos;

---

### **UNIDADES:**

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

20.5 Comunicar à Contratante, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas que antecede a data da entrega, os motivos que impossibilitem o cumprimento do prazo previsto, com a devida comprovação

20.6 Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

## **21 DAS SANÇÕES:**

21.1 Se a empresa vencedora recusar-se a assinar a Ata de Registro de Preços, injustificadamente, sujeitar-se-á penalidades prevista nesse edital, sem prejuízo de aplicação de outras sanções cabíveis.

21.2 Pelo atraso ou inexecução, total ou parcial, do objeto deste Edital, erro, imperfeição, mora a execução, inadimplemento ou não veracidade das informações prestadas, a empresa adjudicatária estará sujeita, segundo a extensão da falta cometida, às penalidades previstas nos artigos 86 e 87, da Lei nº 8.666/93, garantida prévia defesa.

21.2.1 Advertência;

21.2.2 Multas:

22.2.2.1 de 0,5% (meio por cento) ao dia até o limite de 5% (cinco por cento), sobre o valor da Autorização de Fornecimento dos produtos, no caso de atraso no fornecimento;

22.2.2.2 de 5% (cinco por cento) do valor da Autorização de Fornecimento (Ordem de Compra) do produto, em qualquer hipótese de inexecução parcial ou, qualquer outra irregularidade;

22.2.2.3 de 10% (dez por cento) sobre o valor da Autorização de Fornecimento do produto, nos casos de inexecução parcial ou total, execução imperfeita ou negligência na execução do objeto contratado.

22.2.3 Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que o contratado ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes.

22.3 No caso de reincidência no atraso do fornecimento do produto, a ata de Registro de Preços será rescindida, sem prejuízo das cobranças das multas em dobro.

22.4 O não fornecimento dos produtos dentro dos padrões exigidos implicará a não aceitação dos

---

### UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

mesmos, sem prejuízo da cobrança de multa.

22.5 Pela inexecução total ou parcial do objeto do Edital, fica o fornecedor responsável por arcar com o pagamento da diferença entre o preço registrado e o praticado no momento da aquisição, sem prejuízo das demais penalidades cabíveis.

22.6 As importâncias relativas a multas serão descontadas dos pagamentos a serem efetuados à detentora da ata.

22.7 As penalidades serão aplicadas sem prejuízo das demais sanções cabíveis, sejam estas administrativas ou penais, previstas na Lei 8.666/93.

### **23- DO ADIAMENTO, REVOGAÇÃO OU ANULAÇÃO DA PRESENTE LICITAÇÃO:**

23.1 O FHGV poderá revogar a presente licitação por razões de interesse público decorrente de fato superveniente devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar tal conduta, ou anulá-la por ilegalidade, de ofício ou por provocação de terceiros, mediante parecer escrito e devidamente fundamentado bem como adiá-la ou prorrogar o prazo para recebimento das propostas, sem que caiba às licitantes quaisquer reclamações ou direitos a indenização ou reembolso.

### **24 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:**

24.1 A participação na presente licitação implica a concordância, por parte da licitante, com todos os termos e condições deste Edital e seus anexos.

24.2. É facultada ao Pregoeiro, em qualquer fase da licitação, a promoção de diligência, destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo licitatório, vedada à inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar no ato da sessão pública.

24.3 Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento, exceto quando tiver sido explicitamente disposto em contrário.

24.4 As proponentes intimadas para prestar quaisquer esclarecimentos adicionais deverão fazê-lo no prazo determinado pelo pregoeiro, sob pena de desclassificação/inabilitação.

24.5 Após a apresentação da proposta não caberá desistência, salvo se por motivo justo, decorrente de fato superveniente e aceito pelo pregoeiro.

24.6 A **CONTRATADA** não poderá subcontratar outra empresa para atendimento desta Ata de Registro de Preços

---

#### UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

24.7 No caso de recusa ou demora no atendimento de qualquer reclamação da **CONTRATANTE** poderá este confiar a outro a execução do objeto da licitação reclamado e não executado e o custo correspondente será abatido da fatura mensal de pagamento, independente das demais penalidades cabíveis.

24.8 Integram este Edital os seguintes anexos:

Anexo I - Termo de Referência/ Itens e Itens do Processo;

Anexo II - Modelo de Declaração de idoneidade

Anexo III - Declaração de que não emprega Menor de 18 anos;

Anexo IV - Declaração de que não possui vínculo empregatício com a FHGV

Anexo V - Minuta de Ata de Registro de Preços.

24.9. Aos casos omissos aplicam-se as demais disposições constantes da Lei 10.520, lei 8666/93 e o Decreto Municipal 3520/09.

## 25– DO FORO:

25.1 Para dirimir as questões oriundas desta licitação e da futura Ata de Registro de Preços será competente o Foro da Comarca de Sapucaia do Sul/RS.

Sapucaia do Sul, 30 de setembro de 2017.

Daiane de Moura  
Pregoeira

---

#### UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



## ANEXO I TERMO DE REFERÊNCIA

### 1. OBJETO

1.1. O objeto do presente certame refere-se ao **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS de MEDICAMENTOS INJETAVEIS** tipo menor preço por lote PARA O HOSPITAL DE TRAMANDAÍ , UPA DE VIAMÃO , UPA DE LAJEADO E HOSPITAL MUNICIPAL GETULIO VARGAS.

### 1.2. ESPECIFICAÇÕES E QUANTIDADES:

Lote:1										
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	154	ACICLOVIR 250MG INJ. / (LIBERACAO RESTRITA)	AMP	-	60	-	-	720		
									Total do Lote em R\$	
Lote: 2										
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)

#### UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



1	5346	ACIDO TRANEXAMICO 250MG/5ML EV INJ. /	AMP	-	50	-	-	600		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 3								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	456	ADENOSINA 6MG/2ML INJ. /	AMP	-	30	-	-	360		
2	456	ADENOSINA 6MG/2ML INJ. /	AMP	-	-	10	-	120		
3	456	ADENOSINA 6MG/2ML INJ. /	AMP	-	-	-	8	96		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 4								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da	Qt. Mensal Estima da	Qt. Mensal Estima da	Qt. Tota l 12	Valor Unitár	Val or Tot

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



					da (2)	da (3)	da (4)	mes es	io (R\$)	al (R\$)
1	208	ADRENALINA 1MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	300	-	-	3600		
2	208	ADRENALINA 1MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	-	30	-	360		
3	208	ADRENALINA 1MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	-	-	60	720		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 5								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	206	ALBUMINA HUMANA 20% 50ML INJ. /	FR/A M	-	5	-	-	60		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 6								

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	6743	ALPROSTADIL 20MCG INJ. /	AMP	30	-	-	-	360		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 7								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	5508	ALTEPLASE 10 MG EV - 10 ML DILUENTE /	FR/AM	-	10	-	-	120		
2	5508	ALTEPLASE 10 MG EV - 10 ML DILUENTE /	FR/AM	4	-	-	-	48		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 8								

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	5405	ALTEPLASE 20MG EV - 20 ML DILUENTE /	FR/AM	-	20	-	-	240		
2	5405	ALTEPLASE 20MG EV - 20 ML DILUENTE /	FR/AM	5	-	-	-	60		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 9								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	5235	ALTEPLASE 50MG EV - 50 ML DILUENTE /	FR/AM	-	10	-	-	120		
2	5235	ALTEPLASE 50MG EV - 50 ML DILUENTE /	FR/AM	7	-	-	-	84		
									Total do Lote em R\$	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



Lote: 10										
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	97	AMICACINA 100MG/2ML INJ. /	AMP	-	20	-	-	240		
									Total do Lote em R\$	
Lote: 11										
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	98	AMICACINA 500MG/2ML INJ. /	AMP	50	-	-	-	600		
2	98	AMICACINA 500MG/2ML INJ. /	AMP	-	120	-	-	1440		
									Total do Lote em R\$	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



Lote: 12										
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	41	AMINOFILINA 240MG/10ML INJ. /	AMP	-	150	-	-	1800		
2	41	AMINOFILINA 240MG/10ML INJ. /	AMP	-	-	5	-	60		
3	41	AMINOFILINA 240MG/10ML INJ. /	AMP	-	-	-	10	120		
									Total do Lote em R\$	
Lote: 13										
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	65	AMIODARONA 150MG/3ML INJ. /	AMP	-	150	-	-	1800		
2	65	AMIODARONA	AMP	-	-	10	-	120		

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192





		150MG/3ML INJ. /								
3	65	AMIODARONA 150MG/3ML INJ. /	AMP	-	-	-	10	120		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 14								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	1718	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO 1,2G INJ /	FR/A M	-	-	80	-	960		
2	1718	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO 1,2G INJ /	FR/A M	-	350	-	-	4200		
3	1718	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO 1,2G INJ /	FR/A M	-	-	-	100	1200		
									Total do Lote em R\$	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



Lote: 15										
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	1087	AMPICILINA + SULBACTAM 2G+1G INJ /	FR/A M	-	700	-	-	8400		
									Total do Lote em R\$	
Lote: 16										
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	476	AMPICILINA 1G INJ. / .	AMP	-	120	-	-	1440		
									Total do Lote em R\$	
Lote: 17										

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	6649	AMPICILINA 500MG INJ /	FR/AM	15	-	-	-	180		
2	6649	AMPICILINA 500MG INJ /	FR/AM	-	90	-	-	1080		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 18								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	140	ANFOTERICINA B 50MG INJ. /	AMP	-	25	-	-	300		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 19								

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	173	ATRACURIO 25MG/2,5ML INJ. /	AMP	-	175	-	-	2100		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 20								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	70	ATROPINA 0,25MG/ML 1ML INJ. /	AMP	25	-	-	-	300		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 21								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



					Estima da (2)	Estima da (3)	Estima da (4)	l 12 mes es	io (R\$)	Tot al (R\$)
1	71	ATROPINA 0,5MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	100	-	-	1200		
2	71	ATROPINA 0,5MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	-	10	-	120		
3	71	ATROPINA 0,5MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	-	-	8	96		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 22								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	2550	AZUL DE METILENO 1% 10ML / Apresentação Endovenosa	FR	5	-	-	-	60		
									Total do Lote em R\$	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



Lote: 23										
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	158	BETAMETASONA 6MG (ACETATO 3MG + FOSFATO 3MG) INJ. /	AMP	-	80	-	-	960		
2	158	BETAMETASONA 6MG (ACETATO 3MG + FOSFATO 3MG) INJ. /	AMP	-	-	30	-	360		
3	158	BETAMETASONA 6MG (ACETATO 3MG + FOSFATO 3MG) INJ. /	AMP	-	-	-	2	24		
									Total do Lote em R\$	
Lote: 24										
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	624	BETAMETASONA 7MG (DIPROPIONATO 5MG	AMP	-	30	-	-	360		

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



		+ FOSFATO 2MG)/ML INJ. /								
2	624	BETAMETASONA 7MG (DIPROPIONATO 5MG + FOSFATO 2MG)/ML INJ. /	AMP	67	-	-	-	804		
3	624	BETAMETASONA 7MG (DIPROPIONATO 5MG + FOSFATO 2MG)/ML INJ. /	AMP	-	-	-	100	1200		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 25								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	276	BICARBONATO DE SODIO 8,4% 1MEQ/ML 10 ML INJ. /	AMP	-	400	-	-	4800		
2	276	BICARBONATO DE SODIO 8,4% 1MEQ/ML 10 ML INJ. /	AMP	-	-	10	-	120		
3	276	BICARBONATO DE	AMP	-	-	-	2	24		

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192





Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
		<b>SODIO 8,4% 1MEQ/ML 10 ML INJ. /</b>								
									<b>Total do Lote em R\$</b>	
		<b>Lote: 26</b>								
1	240	BIPERIDENO 5MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	-	10	-	120		
2	240	BIPERIDENO 5MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	-	-	4	48		
3	240	BIPERIDENO 5MG/ML 1ML INJ. /	AMP	10	-	-	-	120		
4	240	BIPERIDENO 5MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	20	-	-	240		
									<b>Total do Lote em R\$</b>	
		<b>Lote: 27</b>								

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	27	BUPIVACAINA 0,5% 20ML INJ. COM EPINEFRINA (EMBALAGEM ESTERIL) /	FR/AM	-	3	-	-	36		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 28								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	26	BUPIVACAINA 0,5% 20ML INJ. SEM VASOCONSTRITOR (EMBALAGEM ESTERIL) /	FR/AM	-	10	-	-	120		
2	26	BUPIVACAINA 0,5% 20ML INJ. SEM VASOCONSTRITOR	FR/AM	60	-	-	-	720		

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



<b>(EMBALAGEM ESTERIL)</b>										
/										
										<b>Total do Lote em R\$</b>
Lote: 29										
<b>Item</b>	<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Unidade</b>	<b>Qt. Mensal Estimada (1)</b>	<b>Qt. Mensal Estimada (2)</b>	<b>Qt. Mensal Estimada (3)</b>	<b>Qt. Mensal Estimada (4)</b>	<b>Qt. Total 12 meses</b>	<b>Valor Unitário (R\$)</b>	<b>Valor Total (R\$)</b>
1	28	BUPIVACAINA 0,75% INJ. SEM VASOCONSTRITOR (EMBALAGEM ESTERIL) /	FR/AM	-	3	-	-	36		
										<b>Total do Lote em R\$</b>
Lote: 30										
<b>Item</b>	<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Unidade</b>	<b>Qt. Mensal Estimada (1)</b>	<b>Qt. Mensal Estimada (2)</b>	<b>Qt. Mensal Estimada (3)</b>	<b>Qt. Mensal Estimada (4)</b>	<b>Qt. Total 12 meses</b>	<b>Valor Unitário (R\$)</b>	<b>Valor Total</b>

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

								es		(R\$)
1	5348	BUPIVACAINA HIPERBARICA (PESADA) 0,5% INJ. (EMBALAGEM ESTERIL) /	AMP	-	140	-	-	1680		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 31								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	30	BUPIVACAINA ISOBARICA 0,5% 4ML INJ. (EMBALAGEM ESTERIL) /	AMP	-	20	-	-	240		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 32								
Ite	Códi	Descrição	Unida	Qt. Mensal	Qt.	Qt.	Qt.	Qt.	Valor	Val

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



m	go		de	Estimada (1)	Mensal Estima da (2)	Mensal Estima da (3)	Mensal Estima da (4)	Tota l 12 mes es	Unitár io (R\$)	or Tot al (R\$)
1	104	CEFALOTINA 1G INJ. /	FR/A M	-	270	-	-	3240		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 33								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	105	CEFAZOLINA 1G INJ. /	FR/A M	-	470	-	-	5640		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 34								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



					da (2)	da (3)	da (4)	mes es		al (R\$)
1	110	CEFEPIME 1G INJ. / .	FR/A M	-	2200	-	-	2640 0		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 35								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	106	CEFOXITINA 1G INJ. /	FR/A M	-	70	-	-	840		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 36								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



1	107	CEFTAZIDIMA 1G INJ. /	FR/A M	-	30	-	-	360		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 37								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	108	CEFTRIAXONA 1G EV INJ. /	FR/A M	-	200	-	-	2400		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 38								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	6116	CEFTRIAXONA 1G EV/IM INJ. /	FR/A M	-	-	-	30	360		

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



2	6116	CEFTRIAXONA 1G EV/IM INJ. /	FR/A M	-	200	-	-	2400		
3	6116	CEFTRIAXONA 1G EV/IM INJ. /	FR/A M	50	-	-	-	600		
4	6116	CEFTRIAXONA 1G EV/IM INJ. /	FR/A M	-	-	15	-	180		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 39								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	2141	CEFTRIAXONA 1G IM INJ /	AMP	-	200	-	-	2400		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 40								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada	Qt. Mensal Estimada	Qt. Mensal Estimada	Qt. Total 12	Valor Unitário	Valor Total

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



					da (2)	da (3)	da (4)	mes es	io (R\$)	al (R\$)
1	109	CEFUROXIMA 750MG INJ. /	FR/A M	-	1100	-	-	1320 0		
2	109	CEFUROXIMA 750MG INJ. /	FR/A M	-	-	-	50	600		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 41								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	567	CETAMINA 100MG/2ML INJ. / Cloridrato de dextrocetamina 50mg/ml 2ml	AMP	-	35	-	-	420		
2	567	CETAMINA 100MG/2ML INJ. / Cloridrato de dextrocetamina 50mg/ml 2ml	AMP	-	-	-	2	24		
									Total	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



									do	
									Lote	
									em R\$	
		<b>Lote: 42</b>								
<b>Ite</b>	<b>Códi</b>	<b>Descrição</b>	<b>Unida</b>	<b>Qt. Mensal</b>	<b>Qt.</b>	<b>Qt.</b>	<b>Qt.</b>	<b>Qt.</b>	<b>Valor</b>	<b>Val</b>
<b>m</b>	<b>go</b>		<b>de</b>	<b>Estimada (1)</b>	<b>Mensal</b>	<b>Mensal</b>	<b>Mensal</b>	<b>Tota</b>	<b>Unitár</b>	<b>or</b>
					<b>Estima</b>	<b>Estima</b>	<b>Estima</b>	<b>I 12</b>	<b>io (R\$)</b>	<b>Tot</b>
					<b>da (2)</b>	<b>da (3)</b>	<b>da (4)</b>	<b>mes</b>		<b>al</b>
								<b>es</b>		<b>(R\$)</b>
1	471	CETOPROFENO 100MG EV INJ. / .	AMP	-	-	-	1000	1200 0		
2	471	CETOPROFENO 100MG EV INJ. / .	AMP	-	1100	-	-	1320 0		
3	471	CETOPROFENO 100MG EV INJ. / .	AMP	-	-	450	-	5400		
4	471	CETOPROFENO 100MG EV INJ. / .	AMP	-	-	-	950	1140 0		
									<b>Total</b>	
									<b>do</b>	
									<b>Lote</b>	
									<b>em R\$</b>	
		<b>Lote: 43</b>								
<b>Ite</b>	<b>Códi</b>	<b>Descrição</b>	<b>Unida</b>	<b>Qt. Mensal</b>	<b>Qt.</b>	<b>Qt.</b>	<b>Qt.</b>	<b>Qt.</b>	<b>Valor</b>	<b>Val</b>
<b>m</b>	<b>go</b>		<b>de</b>	<b>Estimada (1)</b>	<b>Mensal</b>	<b>Mensal</b>	<b>Mensal</b>	<b>Tota</b>	<b>Unitár</b>	<b>or</b>
					<b>Estima</b>	<b>Estima</b>	<b>Estima</b>	<b>I 12</b>	<b>io (R\$)</b>	<b>Tot</b>
								<b>mes</b>		<b>al</b>

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

					da (2)	da (3)	da (4)	es		(R\$)
1	472	CETOPROFENO 100MG/2ML IM INJ. /	AMP	-	50	-	-	600		
2	472	CETOPROFENO 100MG/2ML IM INJ. /	AMP	-	-	150	-	1800		
3	472	CETOPROFENO 100MG/2ML IM INJ. /	AMP	-	-	-	680	8160		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 44								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	123	CIPROFLOXACINO 200MG/100ML INJ. /	BL/FR	-	300	-	-	3600		
2	123	CIPROFLOXACINO 200MG/100ML INJ. /	BL/FR	-	-	-	60	720		
3	123	CIPROFLOXACINO 200MG/100ML INJ. /	BL/FR	-	-	60	-	720		
									Total do Lote	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



									em R\$	
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
		<b>Lote: 45</b>								
1	7011	CISATRACÚRIO 2MG/ML INJ /	AMP	-	5	-	-	60		
									Total do Lote em R\$	
		<b>Lote: 46</b>								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	5407	CLARITROMICINA 500MG INJ. /	AMP	-	15	-	-	180		
									Total do Lote em R\$	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



Lote: 47										
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	125	CLINDAMICINA 600MG/4ML INJ. /	AMP	-	700	-	-	8400		
									Total do Lote em R\$	
Lote: 48										
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	87	CLONIDINA 0,150MG /ML 1ML INJ. /	AMP	-	200	-	-	2400		
2	87	CLONIDINA 0,150MG /ML 1ML INJ. /	AMP	-	-	5	-	60		
3	87	CLONIDINA 0,150MG /ML 1ML INJ. /	AMP	-	-	-	2	24		
									Total do	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



									Lote em R\$	
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
		<b>Lote: 49</b>								
1	661	CLORETO DE POTASSIO 10% 10ML INJ. /	FL	-	800	-	-	9600		
2	661	CLORETO DE POTASSIO 10% 10ML INJ. /	FL	-	-	15	-	180		
3	661	CLORETO DE POTASSIO 10% 10ML INJ. /	FL	-	-	-	14	168		
									Total do Lote em R\$	
		<b>Lote: 50</b>								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	277	CLORETO DE SODIO	FL	-	800	-	-	9600		

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



		20% 20 ML INJ. /								
2	277	CLORETO DE SODIO 20% 20 ML INJ. /	FL	-	-	20	-	240		
3	277	CLORETO DE SODIO 20% 20 ML INJ. /	FL	-	-	-	12	144		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 51								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	230	CLORPROMAZINA 25MG/5ML EV/IM INJ. / Formulacao para administracao via EV e IM ou apenas EV.	AMP	-	-	-	5	60		
2	230	CLORPROMAZINA 25MG/5ML EV/IM INJ. / Formulacao para administracao via EV e IM ou apenas EV.	AMP	-	-	10	-	120		
3	230	CLORPROMAZINA 25MG/5ML EV/IM INJ.	AMP	40	-	-	-	480		

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



		/ Formulação para administração via EV e IM ou apenas EV.								
4	230	CLORPROMAZINA 25MG/5ML EV/IM INJ. / Formulação para administração via EV e IM ou apenas EV.	AMP	-	40	-	-	480		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 52								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	1242	CONTRASTE PARA RADIOLOGIA INJETAVEL IONICO 100 ML / CONTRASTE PARA RADIOLOGIA INJETAVEL IONICO 100 ML	UN	-	3	-	-	36		
									Total do Lote	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192





									em R\$	
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
		<b>Lote: 53</b>								
1	1781	CONTRASTE PARA RADIOLOGIA INJETAVEL NAO IONICO 50 ML / CONTRASTE PARA RADIOLOGIA INJETAVEL NAO IONICO 50 ML	UN	-	250	-	-	3000		
									Total do Lote em R\$	
		<b>Lote: 54</b>								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	3085	DANTROLENE SODICO	FR/A	-	2	-	-	24		

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



		20MG INJ. /	M							
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 55								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	176	DESLANOSIDEO 0,4MG/2ML INJ. /	AMP	-	50	-	-	600		
2	176	DESLANOSIDEO 0,4MG/2ML INJ. /	AMP	40	-	-	-	480		
3	176	DESLANOSIDEO 0,4MG/2ML INJ. /	AMP	-	-	5	-	60		
4	176	DESLANOSIDEO 0,4MG/2ML INJ. /	AMP	-	-	-	7	84		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 56								
Ite	Códi	Descrição	Unida	Qt. Mensal	Qt.	Qt.	Qt.	Qt.	Valor	Val

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



m	go		de	Estimada (1)	Mensal Estima da (2)	Mensal Estima da (3)	Mensal Estima da (4)	Tota l 12 mes es	Unitár io (R\$)	or Tot al (R\$)
1	2891	DESMOPRESSINA 4,0MCG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	5	-	-	60		
2	2891	DESMOPRESSINA 4,0MCG/ML 1ML INJ. /	AMP	15	-	-	-	180		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 57								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	160	DEXAMETASONA 10MG/2,5ML INJ. /	AMP	-	350	-	-	4200		
2	160	DEXAMETASONA 10MG/2,5ML INJ. /	AMP	-	-	100	-	1200		
3	160	DEXAMETASONA 10MG/2,5ML INJ. /	AMP	-	-	-	300	3600		
									Total do Lote	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



									em R\$	
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
		<b>Lote: 58</b>								
1	23	DEXTROCETAMINA 500MG/10ML INJ. /	FR/AM	150	-	-	-	1800		
2	23	DEXTROCETAMINA 500MG/10ML INJ. /	FR/AM	-	200	-	-	2400		
									Total do Lote em R\$	
		<b>Lote: 59</b>								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	258	DIAZEPAM 10MG/2ML INJ. /	AMP	250	-	-	-	3000		
2	258	DIAZEPAM 10MG/2ML INJ. /	AMP	-	160	-	-	1920		

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

3	258	DIAZEPAM 10MG/2ML INJ. /	AMP	-	-	60	-	720		
4	258	DIAZEPAM 10MG/2ML INJ. /	AMP	-	-	-	74	888		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 60								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	169	DICLOFENACO DE SODIO 75MG/3ML INJ. /	AMP	-	70	-	-	840		
2	169	DICLOFENACO DE SODIO 75MG/3ML INJ. /	AMP	-	-	100	-	1200		
3	169	DICLOFENACO DE SODIO 75MG/3ML INJ. /	AMP	-	-	-	250	3000		
									Total do Lote em R\$	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

Lote: 61										
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	615	DIMENIDRINATO 30MG + VIT B6 50MG + GLICOSE 100MG + FRUTOSE 100MG/10ML EV INJ /	AMP	-	30	-	-	360		
2	615	DIMENIDRINATO 30MG + VIT B6 50MG + GLICOSE 100MG + FRUTOSE 100MG/10ML EV INJ /	AMP	350	-	-	-	4200		
3	615	DIMENIDRINATO 30MG + VIT B6 50MG + GLICOSE 100MG + FRUTOSE 100MG/10ML EV INJ /	AMP	-	-	150	-	1800		
4	615	DIMENIDRINATO 30MG + VIT B6 50MG + GLICOSE 100MG + FRUTOSE 100MG/10ML EV INJ /	AMP	-	-	-	300	3600		
									<b>Total</b>	
									<b>do</b>	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



									Lote em R\$	
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	4	DIPIRONA SODICA 1G/2ML INJ. /	AMP	-	4000	-	-	4800 0		
2	4	DIPIRONA SODICA 1G/2ML INJ. /	AMP	-	-	500	-	6000		
3	4	DIPIRONA SODICA 1G/2ML INJ. /	AMP	-	-	-	1000	1200 0		
									Total do Lote em R\$	
									Lote: 63	
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	178	DOBUTAMINA	AMP	-	60	-	-	720		

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



		250MG/20ML INJ. /								
2	178	DOBUTAMINA 250MG/20ML INJ. /	AMP	-	-	5	-	60		
3	178	DOBUTAMINA 250MG/20ML INJ. /	AMP	-	-	-	3	36		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 64								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	209	DOPAMINA 50MG/10ML INJ. /	AMP	-	120	-	-	1440		
2	209	DOPAMINA 50MG/10ML INJ. /	AMP	-	-	5	-	60		
3	209	DOPAMINA 50MG/10ML INJ. /	AMP	-	-	-	1	12		
									Total do Lote em R\$	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192





Lote: 65										
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	210	EFEDRINA, SULFATO 50MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	120	-	-	1440		
									Total do Lote em R\$	
Lote: 66										
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	2020	ENOXAPARINA 40MG/0,4ML INJ SC /	AMP	550	-	-	-	6600		
2	2020	ENOXAPARINA 40MG/0,4ML INJ SC /	AMP	-	250	-	-	3000		
									Total do Lote em R\$	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



Lote: 67										
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	2021	ENOXAPARINA 60MG/0,6ML INJ SC /	AMP	300	-	-	-	3600		
2	2021	ENOXAPARINA 60MG/0,6ML INJ SC /	AMP	-	400	-	-	4800		
									Total do Lote em R\$	
Lote: 68										
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	646	ERITROPOETINA ALFA 4.000UI/ML 1ML INJ. SC /	AMP	-	5	-	-	60		
2	646	ERITROPOETINA ALFA 4.000UI/ML 1ML INJ. SC /	AMP	15	-	-	-	180		
									Total	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



									do	
									Lote	
									em R\$	
		Lote: 69								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	281	ESTREPTOQUINASE 1.500.000UI INJ. /	AMP	2	-	-	-	24		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 70								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	6097	ETANOLAMINA (OLEATO) 50MG/ML 2ML INJ. - EV /	AMP	25	-	-	-	300		
									Total do	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



									Lote em R\$	
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	2798	ETOMIDATO 2MG/ML 10ML INJ /	AMP	-	15	-	-	180		
2	2798	ETOMIDATO 2MG/ML 10ML INJ /	AMP	10	-	-	-	120		
									Total do Lote em R\$	
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	7010	FENILEFRINA 10 MG/ML INJ /	AMP	-	10	-	-	120		
									Total do	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



									Lote em R\$	
		<b>Lote: 73</b>								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	246	FENITOINA 250MG/5ML INJ. /	AMP	-	-	-	20	240		
2	246	FENITOINA 250MG/5ML INJ. /	AMP	-	-	10	-	120		
3	246	FENITOINA 250MG/5ML INJ. /	AMP	250	-	-	-	3000		
4	246	FENITOINA 250MG/5ML INJ. /	AMP	-	340	-	-	4080		
									Total do Lote em R\$	
		<b>Lote: 74</b>								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



								es		(R\$)
1	248	FENOBARBITAL 200MG/2ML EV/IM INJ. / Formulacao para administracao via EV e IM ou apenas EV.	AMP	-	60	-	-	720		
2	248	FENOBARBITAL 200MG/2ML EV/IM INJ. / Formulacao para administracao via EV e IM ou apenas EV.	AMP	-	-	-	3	36		
3	248	FENOBARBITAL 200MG/2ML EV/IM INJ. / Formulacao para administracao via EV e IM ou apenas EV.	AMP	-	-	10	-	120		
4	248	FENOBARBITAL 200MG/2ML EV/IM INJ. / Formulacao para administracao via EV e IM ou apenas EV.	AMP	30	-	-	-	360		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 75								
Ite	Códi	Descrição	Unida	Qt. Mensal	Qt. Mensal	Qt. Mensal	Qt. Mensal	Qt. Tota	Valor Unitár	Val or

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



m	go		de	Estimada (1)	Estima da (2)	Estima da (3)	Estima da (4)	l 12 mes es	io (R\$)	Tot al (R\$)
1	6036	FENTANILA 0,1MG/2ML INJ. ( EMBALAGEM ESTERIL) /	AMP	-	30	-	-	360		
2	6036	FENTANILA 0,1MG/2ML INJ. ( EMBALAGEM ESTERIL) /	AMP	100	-	-	-	1200		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 76								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	14	FENTANILA 0,1MG/2ML INJ. /	AMP	-	200	-	-	2400		
									Total do Lote em R\$	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



Lote: 77										
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	15	FENTANILA 0,5MG/10ML INJ. / Somente na apresentação frasco- ampola	FR/A M	1200	-	-	-	1440 0		
2	15	FENTANILA 0,5MG/10ML INJ. / Somente na apresentação frasco- ampola	FR/A M	-	-	10	-	120		
3	15	FENTANILA 0,5MG/10ML INJ. / Somente na apresentação frasco- ampola	FR/A M	-	-	-	20	240		
4	15	FENTANILA 0,5MG/10ML INJ. / Somente na apresentação frasco- ampola	FR/A M	-	2500	-	-	3000 0		
									<b>Total</b>	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



									Lote em R\$	
Lote: 78										
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	2206	FILGRASTIMA 300MCG/0,5ML INJ SERINGA PREENCHIDA /	AMP	3	-	-	-	36		
									Total do Lote em R\$	
Lote: 79										
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	5112	FITOMENADIONA (VITAMINA K) IM/SC 10MG/ML 1ML INJ. /	AMP	250	-	-	-	3000		
2	5112	FITOMENADIONA	AMP	-	300	-	-	3600		

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



		(VITAMINA K) IM/SC 10MG/ML 1ML INJ. /								
3	286	FITOMENADIONA (VITAMINA K) EV 10MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	-	-	2	24		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 80								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	141	FLUCONAZOL 200MG/100ML INJ. /	BL/FR	-	50	-	-	600		
2	141	FLUCONAZOL 200MG/100ML INJ. /	BL/FR	60	-	-	-	720		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 81								
Ite	Códi	Descrição	Unida	Qt. Mensal	Qt. Mensal	Qt. Mensal	Qt. Mensal	Qt. Tota	Valor Unitár	Val or

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



m	go		de	Estimada (1)	Estima da (2)	Estima da (3)	Estima da (4)	l 12 mes es	io (R\$)	Tot al (R\$)
1	75	FLUMAZENIL 0,5MG/5ML INJ. /	AMP	-	-	10	-	120		
2	75	FLUMAZENIL 0,5MG/5ML INJ. /	AMP	30	-	-	-	360		
3	75	FLUMAZENIL 0,5MG/5ML INJ. /	AMP	-	20	-	-	240		
4	75	FLUMAZENIL 0,5MG/5ML INJ. /	AMP	-	-	-	2	24		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 82								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	279	FOSFATO DE POTASSIO 2MEQ/ML INJ. 10ML /	AMP	50	-	-	-	600		
									Total do Lote em R\$	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



Lote: 83										
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	200	FUROSEMIDA 20MG/2ML INJ. /	AMP	-	2100	-	-	2520 0		
2	200	FUROSEMIDA 20MG/2ML INJ. /	AMP	-	-	90	-	1080		
3	200	FUROSEMIDA 20MG/2ML INJ. /	AMP	-	-	-	80	960		
									Total do Lote em R\$	
Lote: 84										
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	207	GELATINA 3,5 % 500ML INJ. /	BL	-	4	-	-	48		
									Total do	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



									Lote em R\$	
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	100	GENTAMICINA 40MG/ML INJ. /	AMP	-	150	-	-	1800		
									Total do Lote em R\$	
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	99	GENTAMICINA 80MG/2ML INJ. /	AMP	-	300	-	-	3600		
									Total do Lote em R\$	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



Lote: 87										
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	280	GLICOSE 50% 10ML INJ. /	AMP	-	1000	-	-	1200 0		
2	280	GLICOSE 50% 10ML INJ. /	AMP	-	-	30	-	360		
3	280	GLICOSE 50% 10ML INJ. /	AMP	-	-	-	70	840		
									Total do Lote em R\$	
Lote: 88										
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	274	GLUCONATO DE CALCIO 10% 10ML INJ. /	FL	100	-	-	-	1200		

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



2	274	GLUCONATO DE CALCIO 10% 10ML INJ. /	FL	-	150	-	-	1800		
3	274	GLUCONATO DE CALCIO 10% 10ML INJ. /	FL	-	-	5	-	60		
4	274	GLUCONATO DE CALCIO 10% 10ML INJ. /	FL	-	-	-	4	48		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 89								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	233	HALOPERIDOL 5MG/ML 1ML IM INJ. /	AMP	200	-	-	-	2400		
2	233	HALOPERIDOL 5MG/ML 1ML IM INJ. /	AMP	-	-	15	-	180		
3	233	HALOPERIDOL 5MG/ML 1ML IM INJ. /	AMP	-	160	-	-	1920		
4	233	HALOPERIDOL 5MG/ML 1ML IM INJ. /	AMP	-	-	-	15	180		

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



									Total do Lote em R\$	
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
		<b>Lote: 90</b>								
1	5555	HALOPERIDOL DECANOATO 50MG/ML 1ML INJ. /	AMP	10	-	-	-	120		
									Total do Lote em R\$	
		<b>Lote: 91</b>								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	196	HEPARINA 25.000UI/5ML INJ. /	FR/A M	-	75	-	-	900		
2	196	HEPARINA	FR/A	-	-	10	-	120		

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192





		25.000UI/5ML INJ. /	M							
3	196	HEPARINA 25.000UI/5ML INJ. /	FR/A M	-	-	-	3	36		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 92								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	197	HEPARINA 5.000UI/0,25ML SC INJ //	AMP	-	4700	-	-	5640 0		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 93								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



1	614	HIDRALAZINA 20MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	50	-	-	600		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 94								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	162	HIDROCORTISONA 100MG INJ. /	FR/A M	900	-	-	-	1080 0		
2	162	HIDROCORTISONA 100MG INJ. /	FR/A M	-	1500	-	-	1800 0		
3	162	HIDROCORTISONA 100MG INJ. /	FR/A M	-	-	120	-	1440		
4	162	HIDROCORTISONA 100MG INJ. /	FR/A M	-	-	-	300	3600		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 95								

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	163	HIDROCORTISONA 500MG INJ. /	FR/AM	400	-	-	-	4800		
2	163	HIDROCORTISONA 500MG INJ. /	FR/AM	-	250	-	-	3000		
3	163	HIDROCORTISONA 500MG INJ. /	FR/AM	-	-	120	-	1440		
4	163	HIDROCORTISONA 500MG INJ. /	FR/AM	-	-	-	300	3600		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 96								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	8	HIOSCINA + DIPIRONA 20MG+2,5G/5ML INJ. /	AMP	-	600	-	-	7200		
2	8	HIOSCINA + DIPIRONA	AMP	-	-	250	-	3000		

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



		20MG+2,5G/5ML INJ. /								
3	8	HIOSCINA + DIPIRONA 20MG+2,5G/5ML INJ. /	AMP	-	-	-	800	9600		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 97								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	7	HIOSCINA 20MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	170	-	-	2040		
2	7	HIOSCINA 20MG/ML 1ML INJ. /	AMP	350	-	-	-	4200		
3	7	HIOSCINA 20MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	-	100	-	1200		
4	7	HIOSCINA 20MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	-	-	85	1020		
									Total do Lote em R\$	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

Lote: 98										
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	120	IMIPENEM + CILASTATINA 500MG INJ. / .	FR/AM	-	500	-	-	6000		
									Total do Lote em R\$	
Lote: 99										
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	217	IMUNOGLOBULINA ANTI RHO 300MCG/ 2ML INJ. /	AMP	-	25	-	-	300		
									Total do Lote em R\$	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
<b>Lote: 100</b>										
1	5131	IMUNOGLOBULINA HUMANA 5,0GR/100ML SOLUCAO INTRAVENOSA /	FR	3	-	-	-	36		
									Total do Lote em R\$	
<b>Lote: 101</b>										
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	3029	IMUNOGLOBULINA HUMANA 6G PO LIOFILO /	FR	3	-	-	-	36		
									Total do	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



									Lote em R\$	
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	214	INSULINA NPH 100UI/ML 10ML INJ. /	FR	-	20	-	-	240		
2	214	INSULINA NPH 100UI/ML 10ML INJ. /	FR	30	-	-	-	360		
3	214	INSULINA NPH 100UI/ML 10ML INJ. /	FR	-	-	2	-	24		
4	214	INSULINA NPH 100UI/ML 10ML INJ. /	FR	-	-	-	2	24		
									Total do Lote em R\$	
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



								es		(R\$)
1	215	INSULINA REGULAR 100UI/ML 10ML INJ. /	FR	-	25	-	-	300		
2	215	INSULINA REGULAR 100UI/ML 10ML INJ. /	FR	40	-	-	-	480		
3	215	INSULINA REGULAR 100UI/ML 10ML INJ. /	FR	-	-	3	-	36		
4	215	INSULINA REGULAR 100UI/ML 10ML INJ. /	FR	-	-	-	2	24		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 104								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	32	LIDOCAINA 2% 20ML INJ SEM VASOCONSTRICTOR /	FR/A M	500	-	-	-	6000		
2	32	LIDOCAINA 2% 20ML INJ SEM VASOCONSTRICTOR /	FR/A M	-	250	-	-	3000		
3	32	LIDOCAINA 2% 20ML INJ SEM	FR/A	-	-	60	-	720		

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192





		VASOCONSTRICTOR /	M							
4	32	LIDOCAINA 2% 20ML INJ SEM VASOCONSTRICTOR /	FR/A M	-	-	-	65	780		
5	2787	LIDOCAINA 2% 20ML INJ COM VASOCONSTRICTOR /	FR/A M	-	-	-	10	120		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 105								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	16	MEPERIDINA 50MG/ML 2ML INJ. (PETIDINA) /	AMP	-	25	-	-	300		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 106								

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	1936	MEROPENEM 1G INJ /	AMP	-	550	-	-	6600		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 107								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	180	METILERGOMETRINA 0,2MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	50	-	-	600		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 108								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

					da (2)	da (3)	da (4)	mes es		al (R\$)
1	2137	METILPREDNISOLONA 125MG INJ /	FR/A M	150	-	-	-	1800		
2	2137	METILPREDNISOLONA 125MG INJ /	FR/A M	-	20	-	-	240		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 109								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	164	METILPREDNISOLONA 500MG INJ. /	FR/A M	-	20	-	-	240		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 110								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



					da (2)	da (3)	da (4)	mes es	io (R\$)	al (R\$)
1	80	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML INJ. /	AMP	-	2000	-	-	2400 0		
2	80	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML INJ. /	AMP	-	-	120	-	1440		
3	80	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML INJ. /	AMP	-	-	-	900	1080 0		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 111								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	1106	METOPROLOL TARTARATO 5MG/5ML INJ /	AMP	90	-	-	-	1080		
2	1106	METOPROLOL TARTARATO 5MG/5ML INJ /	AMP	-	70	-	-	840		
3	1106	METOPROLOL TARTARATO 5MG/5ML INJ /	AMP	-	-	3	-	36		

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



4	1106	METOPROLOL TARTARATO 5MG/5ML INJ /	AMP	-	-	-	8	96		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 112								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	149	METRONIDAZOL 500MG/100ML INJ. /	BL	-	420	-	-	5040		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 113								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	260	MIDAZOLAM	AMP	-	-	15	-	180		

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



		15MG/3ML INJ. /								
2	260	MIDAZOLAM 15MG/3ML INJ. /	AMP	-	400	-	-	4800		
3	260	MIDAZOLAM 15MG/3ML INJ. /	AMP	-	-	-	30	360		
4	260	MIDAZOLAM 15MG/3ML INJ. /	AMP	459	-	-	-	5508		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 114								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	3084	MIDAZOLAM 50MG/10ML INJ /	AMP	-	3800	-	-	4560 0		
2	3084	MIDAZOLAM 50MG/10ML INJ /	AMP	-	-	-	5	60		
3	3084	MIDAZOLAM 50MG/10ML INJ /	AMP	1500	-	-	-	1800 0		
									Total do Lote	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



									em R\$	
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
		<b>Lote: 115</b>								
1	5063	MILRINONA LACTATO 1MG/ML 10ML / Milrinona Lactato 1mg/ml 10ml	AMP	10	-	-	-	120		
2	5063	MILRINONA LACTATO 1MG/ML 10ML / Milrinona Lactato 1mg/ml 10ml	AMP	-	5	-	-	60		
									Total do Lote em R\$	
		<b>Lote: 116</b>								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	2235	MORFINA 0,2MG/ML	AMP	150	-	-	-	1800		

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
		1ML /								
2	2235	MORFINA 0,2MG/ML 1ML /	AMP	-	170	-	-	2040		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 117								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	17	MORFINA 10MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	-	-	150	1800		
2	17	MORFINA 10MG/ML 1ML INJ. /	AMP	1475	-	-	-	17700		
3	17	MORFINA 10MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	-	60	-	720		
4	17	MORFINA 10MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	600	-	-	7200		
									Total do Lote em R\$	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192





Lote: 118										
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	20	NALOXONA 0,4MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	-	10	-	120		
2	20	NALOXONA 0,4MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	-	-	2	24		
3	20	NALOXONA 0,4MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	15	-	-	180		
4	20	NALOXONA 0,4MG/ML 1ML INJ. /	AMP	15	-	-	-	180		
									Total do Lote em R\$	
Lote: 119										
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	179	NEOSTIGMINA 0,5MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	80	-	-	960		

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

									Total do Lote em R\$	
		<b>Lote: 120</b>								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	62	NITROGLICERINA 50MG/10ML INJ. /	AMP	-	30	-	-	360		
2	62	NITROGLICERINA 50MG/10ML INJ. /	AMP	-	-	2	-	24		
3	62	NITROGLICERINA 50MG/10ML INJ. /	AMP	-	-	-	2	24		
									Total do Lote em R\$	
		<b>Lote: 121</b>								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



1	96	NITROPRUSSIATO DE SÓDIO 50MG INJ. /	AMP	-	50	-	-	600		
2	96	NITROPRUSSIATO DE SÓDIO 50MG INJ. /	AMP	-	-	2	-	24		
3	96	NITROPRUSSIATO DE SÓDIO 50MG INJ. /	AMP	-	-	-	3	36		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 122								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	211	NORADRENALINA 8MG/4ML INJ. /	AMP	-	1300	-	-	15600		
2	211	NORADRENALINA 8MG/4ML INJ. /	AMP	-	-	10	-	120		
3	211	NORADRENALINA 8MG/4ML INJ. /	AMP	-	-	-	8	96		
									Total do Lote em R\$	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



Lote: 123										
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	2838	OCTREOTIDA 0,1 MG/ML INJ /	AMP	-	25	-	-	300		
									Total do Lote em R\$	
Lote: 124										
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	1507	OLANZAPINA 10MG INJ /	FR/AM	1	-	-	-	12		
									Total do Lote em R\$	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



Lote: 125										
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	48	OMEPRAZOL 40MG 10ML INJ. /	FR/AM	-	1100	-	-	13200		
									Total do Lote em R\$	
Lote: 126										
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	1675	ONDANSETRONA 4MG/2ML INJ /	AMP	-	600	-	-	7200		
2	1675	ONDANSETRONA 4MG/2ML INJ /	AMP	-	-	200	-	2400		
3	1675	ONDANSETRONA 4MG/2ML INJ /	AMP	-	-	-	300	3600		
									Total do Lote	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



									em R\$	
		<b>Lote: 127</b>								
<b>Item</b>	<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Unidade</b>	<b>Qt. Mensal Estimada (1)</b>	<b>Qt. Mensal Estimada (2)</b>	<b>Qt. Mensal Estimada (3)</b>	<b>Qt. Mensal Estimada (4)</b>	<b>Qt. Total 12 meses</b>	<b>Valor Unitário (R\$)</b>	<b>Valor Total (R\$)</b>
1	115	OXACILINA 500MG INJ. /	FR/AM	-	1400	-	-	16800		
									<b>Total do Lote em R\$</b>	
		<b>Lote: 128</b>								
<b>Item</b>	<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Unidade</b>	<b>Qt. Mensal Estimada (1)</b>	<b>Qt. Mensal Estimada (2)</b>	<b>Qt. Mensal Estimada (3)</b>	<b>Qt. Mensal Estimada (4)</b>	<b>Qt. Total 12 meses</b>	<b>Valor Unitário (R\$)</b>	<b>Valor Total (R\$)</b>
1	182	OXITOCINA 5UI/ML 1ML INJ. / Temperatura ambiente.	AMP	-	1300	-	-	15600		
									<b>Total do Lote</b>	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

									em R\$	
Lote: 129										
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	174	PANCURONIO 4MG/2ML INJ. /	AMP	-	100	-	-	1200		
									Total do Lote em R\$	
Lote: 130										
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	117	PENICILINA BENZATINA 1.200.000UI INJ. /	FR/AM	-	30	-	-	360		
2	117	PENICILINA BENZATINA 1.200.000UI INJ. /	FR/AM	550	-	-	-	6600		

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



3	117	PENICILINA BENZATINA 1.200.000UI INJ. /	FR/A M	-	-	-	400	4800		
4	117	PENICILINA BENZATINA 1.200.000UI INJ. /	FR/A M	-	-	300	-	3600		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 131								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	116	PENICILINA BENZATINA 600.000UI INJ. /	FR/A M	-	20	-	-	240		
2	116	PENICILINA BENZATINA 600.000UI INJ. /	FR/A M	-	-	-	70	840		
3	116	PENICILINA BENZATINA 600.000UI INJ. /	FR/A M	-	-	150	-	1800		
									Total do	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192





Lote: 132										
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	118	PENICILINA G POTASSICA 5.000.000UI INJ. /	FR/A M	-	30	-	-	360		
									Total do Lote em R\$	
Lote: 133										
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	119	PENICILINA G PROCAINA 400.000UI INJ. /	FR/A M	50	-	-	-	600		
2	119	PENICILINA G PROCAINA 400.000UI	FR/A M	-	30	-	-	360		

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
3	119	INJ. / PENICILINA G PROCAINA 400.000UI INJ. /	FR/A M	-	-	15	-	180		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 134								
1	2123	PENICILINA G. POTASSICA 1.000.000UI INJ. /	FR/A M	-	30	-	-	360		
2	2123	PENICILINA G. POTASSICA 1.000.000UI INJ. /	FR/A M	50	-	-	-	600		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 135								

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	129	PIPERACILINA + TAZOBACTAM 4,5G INJ. / /	FR/AM	-	600	-	-	7200		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 136								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	623	POLIMIXINA B 500.000UI INJ. / .	FR/AM	-	330	-	-	3960		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 137								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal	Qt.	Qt.	Qt.	Qt.	Valor	Val

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



m	go		de	Estimada (1)	Mensal Estima da (2)	Mensal Estima da (3)	Mensal Estima da (4)	Tota l 12 mes es	Unitár io (R\$)	or Tot al (R\$)
1	55	PROMETAZINA 50MG/2ML IM INJ. /	AMP	-	60	-	-	720		
2	55	PROMETAZINA 50MG/2ML IM INJ. /	AMP	-	-	200	-	2400		
3	55	PROMETAZINA 50MG/2ML IM INJ. /	AMP	-	-	-	160	1920		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 138								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	24	PROPOFOL 200MG/20ML INJ. / Somente na apresentação frasco- ampola	FR/A M	-	250	-	-	3000		
2	24	PROPOFOL 200MG/20ML INJ. /	FR/A M	300	-	-	-	3600		

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



Somente na apresentação frasco-ampola										
										Total do Lote em R\$
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	4177	PROSTAGLANDINA E1 20MCG SOL INJ. /	AMP	-	10	-	-	120		
									Total do Lote em R\$	
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	76	PROTAMINA	AMP	-	3	-	-	36		

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



		5000UI/5ML INJ. /								
2	76	PROTAMINA 5000UI/5ML INJ. /	AMP	10	-	-	-	120		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 141								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	36	PROXIMETACAINA 0,5% 5ML SOL. OFTALMICA /	FR	5	-	-	-	60		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 142								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



1	50	RANITIDINA 50MG/2ML INJ. /	AMP	-	2200	-	-	2640 0		
2	50	RANITIDINA 50MG/2ML INJ. /	AMP	-	-	100	-	1200		
3	50	RANITIDINA 50MG/2ML INJ. /	AMP	-	-	-	350	4200		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 143								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	7014	REMIFENTANIL 2 MG INJ /	AMP	-	115	-	-	1380		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 144								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada	Qt. Mensal Estimada	Qt. Mensal Estimada	Qt. Total 12	Valor Unitário	Valor Total

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



					da (2)	da (3)	da (4)	mes es	io (R\$)	al (R\$)
1	44	SALBUTAMOL 0,5MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	150	-	-	1800		
2	44	SALBUTAMOL 0,5MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	-	30	-	360		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 145								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	2911	SUCCINILCOLINA 100MG INJ. /	AMP	-	3	-	-	36		
2	175	SUCCINILCOLINA 500MG INJ. /	AMP	-	-	-	1	12		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 146								

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192





Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	136	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIM 400MG + 80MG/5ML INJ. /	AMP	-	400	-	-	4800		
2	136	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIM 400MG + 80MG/5ML INJ. /	AMP	-	-	-	4	48		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 147								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	275	SULFATO DE MAGNESIO 50% 10ML INJ. /	FL	-	200	-	-	2400		
2	275	SULFATO DE MAGNESIO 50% 10ML INJ. /	FL	200	-	-	-	2400		

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

3	275	SULFATO DE MAGNESIO 50% 10ML INJ. /	FL	-	-	5	-	60		
4	275	SULFATO DE MAGNESIO 50% 10ML INJ. /	FL	-	-	-	4	48		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 148								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	2019	SURFACTANTE PULMONAR 200MG/8ML INJ /	FR	2	-	-	-	24		
2	2019	SURFACTANTE PULMONAR 200MG/8ML INJ /	FR	-	5	-	-	60		
									Total do Lote em R\$	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



Lote: 149										
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	580	TERBUTALINA 0,5 MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	500	-	-	6000		
2	580	TERBUTALINA 0,5 MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	-	20	-	240		
3	580	TERBUTALINA 0,5 MG/ML 1ML INJ. /	AMP	-	-	-	15	180		
									Total do Lote em R\$	
Lote: 150										
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	3327	TETRACAINA 1% + FENILEFRINA 1% SOL.OFTALMICA /	FR	-	-	1	-	12		
									Total do	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

									Lote em R\$	
Lote: 151										
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	6269	TIGECICLINA 50MG EV INJ. /	FR/AM	20	-	-	-	240		
									Total do Lote em R\$	
Lote: 152										
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	25	TIOPENTAL SODICO 1G INJ. /	AMP	-	5	-	-	60		
2	25	TIOPENTAL SODICO 1G INJ. /	AMP	5	-	-	-	60		
									Total do	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



									Lote em R\$	
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	19	TRAMADOL 100MG/2ML INJ. /	AMP	1800	-	-	-	21600		
2	19	TRAMADOL 100MG/2ML INJ. /	AMP	-	-	-	575	6900		
3	19	TRAMADOL 100MG/2ML INJ. /	AMP	-	1100	-	-	13200		
4	19	TRAMADOL 100MG/2ML INJ. /	AMP	-	-	300	-	3600		
									Total do Lote em R\$	
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



								es		(R\$)
1	135	VANCOMICINA 500MG INJ. /	FR/A M	300	-	-	-	3600		
2	135	VANCOMICINA 500MG INJ. /	FR/A M	-	500	-	-	6000		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 155								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	7299	VASOPRESSINA 20UI/ML 1ML INJ /	AMP	-	10	-	-	120		
2	7299	VASOPRESSINA 20UI/ML 1ML INJ /	AMP	20	-	-	-	240		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 156								
Ite	Códi	Descrição	Unida	Qt. Mensal	Qt.	Qt.	Qt.	Qt.	Valor	Val

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



m	go		de	Estimada (1)	Mensal Estima da (2)	Mensal Estima da (3)	Mensal Estima da (4)	Tota l 12 mes es	Unitár io (R\$)	or Tot al (R\$)
1	289	VITAMINA B1+B6+B12 (TIAMINA 100MG+PIRIDOXINA 100MG+CIANOCOBALA MINA 5000MCG/ML) 2ML INJ IM /	AMP	150	-	-	-	1800		
2	289	VITAMINA B1+B6+B12 (TIAMINA 100MG+PIRIDOXINA 100MG+CIANOCOBALA MINA 5000MCG/ML) 2ML INJ IM /	AMP	-	100	-	-	1200		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 157								
Ite m	Códi go	Descrição	Unida de	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estima da (2)	Qt. Mensal Estima da (3)	Qt. Mensal Estima da (4)	Qt. Tota l 12 mes es	Valor Unitár io (R\$)	Val or Tot al (R\$)
1	288	VITAMINAS DO COMPLEXO B 2ML INJ.	AMP	-	250	-	-	3000		

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



		/								
2	288	VITAMINAS DO COMPLEXO B 2ML INJ. /	AMP	-	-	50	-	600		
3	288	VITAMINAS DO COMPLEXO B 2ML INJ. /	AMP	-	-	-	150	1800		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 158								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	6685	ZUCLOPENTIXOL 50MG/ML AMP 1ML (CLOPIXOL ACUPHASE) /	AMP	2	-	-	-	24		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 159								

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	6655	ZUCLOPENTIXOL DECANOATO 200MG/ML IM INJ (CLOPIXOL DEPOT) /	AMP	3	-	-	-	36		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 160								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	2839	ROCURÔNIO 50MG/5ML INJ /	FR	-	30	-	-	360		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 161								

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	5694	ROPIVACAINA 10MG/ML 20 ML INJ. /	AMP	15	-	-	-	180		
									Total do Lote em R\$	
		Lote: 162								
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Mensal Estimada (3)	Qt. Mensal Estimada (4)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	3299	ROPIVACAINA 7,5MG/ML 20ML /	AMP	-	15	-	-	180		
									Total do Lote em R\$	
									Total Geral em R\$	

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

	Instituições:								
(1)	FUNDAÇÃO HOSPITAL MUNICIPAL GETULIO VARGAS	CNPJ:	13.183.513/001-27						
(2)	HOSPITAL DE TRAMANDAI	CNPJ:	13.183.513/002-08						
(3)	PRONTO ATENDIMENTO VIAMÃO	CNPJ:	13.183.513/009-84						
(4)	UPA - LAJEADO	CNPJ:	13.183.513/006-31						

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

## ANEXO II

### MODELO DE DECLARAÇÃO IDONEIDADE

- 2. PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS de MEDICAMENTOS INJETAVEIS,** pelo período de 12 (doze) meses, para o **HOSPITAL DE TRAMANDAÍ, HOSPITAL MUNICIPAL GETULIO VARGAS , UPA DE VIAMÃO E UPA DE LAJEADO tipo menor preço por lote.**

A empresa \_\_\_\_\_, através de seu representante legal, Senhor (a) \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_ (cargo na empresa: Diretor ou Sócio-Gerente). DECLARA, para fins de direito, na qualidade de PROPONENTE da Licitação instaurada pelo FUNDAÇÃO HOSPITALAR GETULIO VARGAS, **Processo nº.1483/2017**, na modalidade PREGÃO ELETRÔNICO REGISTRO DE PREÇOS **nº.0212/2017**, que não foi declarada INIDÔNEA para licitar com o PODER PÚBLICO em qualquer de suas esferas.

Por ser a expressão da verdade, firma o presente.

Sapucaia do Sul, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal e identificação da empresa

(Se PROCURADOR, anexar cópia da PROCURAÇÃO autenticada ou com o original para que se proceda à autenticação).

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

---

## ANEXO III

### MODELO DE DECLARAÇÃO DE NÃO EMPREGADOR DE MENOR DE 18 ANOS

**3. PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS de MEDICAMENTOS INJETAVEIS , pelo período de 12 (doze) meses, para o HOSPITAL TRAMANDAÍ , HOSPITAL MUNICIPAL GETULIO VARGAS , UPA DE VIAMÃO E UPA DE LAJEADO tipo menor preço por lote.**

A empresa \_\_\_\_\_, através de seu representante legal, Senhor (a) \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_ (cargo na empresa: Diretor ou Sócio-Gerente). DECLARA, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei Federal nº 9.854 de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 (quatorze) anos.

Por ser a expressão da verdade, firma o presente.

Sapucaia do Sul, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal e identificação da empresa

(Se PROCURADOR, anexar cópia da PROCURAÇÃO autenticada ou com o original para que se proceda à autenticação).

---

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

---

## ANEXO IV

### MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE SERVIDOR DA FHGV NOS QUADROS DA EMPRESA

**PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 0212/2017 MEDICAMENTOS INJETÁVEIS**, pelo período de 12 (doze) meses, para o **HOSPITAL TRAMANDAÍ, UPA DE LAJEADO, UPA VIAMÃO e HOSPITAL MUNICIPAL GETULIO VARGAS** tipo menor preço por lote.

A empresa \_\_\_\_\_

(Razão Social da licitante), inscrito no CNPJ nº \_\_\_\_\_, localizada à \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_ **DECLARA** sob as penas da lei, que até a presente data não possui exercente de cargo, função ou emprego **na FUNDAÇÃO HOSPITALAR GETULIO VARGAS** em seu quadro funcional, seja na qualidade de titular, sócio ou mantenedor de qualquer vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira ou trabalhista para sua habilitação no processo licitatório acima descrito, estando ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Por ser a expressão da verdade, firma o presente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

—

---

Assinatura do representante legal da licitante

ou do procurador / preposto / credenciado

OBS: Apresentação obrigatória junto com a documentação de habilitação

---

#### UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

## ANEXO V

### MINUTA DE ATA DO PREGÃO ELETRÔNICO

**ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº. XXXX**

**PREGÃO ELETRÔNICO – REGISTRO DE PREÇOS Nº0212/2017**

**PROCESSO Nº. 1483/2017**

**VALIDADE: 12 meses**

Aos ..... dias do mês de ..... de dois mil e 2017, a **FUNDAÇÃO HOSPITALAR GETÚLIO VARGAS**, inscrito no CNPJ sob nº 13.183.513/0001-27, com sede na Rua Pinheiro Machado, nº 331, Bairro Dihel, Sapucaia do Sul-RS, e sua Filial: **HOSPITAL TRAMANDAÍ**, CNPJ/MF: 13.183.513/0002-08, com sede na Av. Emancipação, 1255 em Tramandaí, RS, representado nesse ato pelo diretor Geral Juarez Wolf Verba, em face da classificação das propostas apresentadas no **Pregão Eletrônico Registro de preços nº.0212/2017** em virtude de deliberação da Comissão de Licitação do FHGV, publicada no jornal de grande circulação local e homologada pelo responsável do FHGV, as fls..... do **processo nº.1483/2017**. RESOLVE(M) registrar os preços para a aquisição dos itens conforme consta no Anexo I, que passa a fazer parte desta, tendo sido, os referidos preços, oferecidos pelas empresas cujas propostas foram classificadas em 1º lugar no certame acima numerado. A sequência da classificação das empresas também consta no mesmo anexo acima citado. A empresa classificada nos lotes ..... do Anexo I é: ....., com sede na Rua ....., n.º....., cidade ....., representada, neste ato, pelo(a) Sr(a). ....., cargo ....., observadas as condições enunciadas nas Cláusulas que se seguem:

#### CLÁUSULA I - DO OBJETO

Aquisição de **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS** de **MEDICAMENTOS INJETÁVEIS**, pelo período de 12 (doze) meses, para o **HOSPITAL TRAMANDAÍ, UPA VIAMÃO, UPA LAJEADO e HOSPITAL MUNICIPAL GETULIO VARGAS** tipo menor preço por lote.

§1º. APRESENTAÇÃO: Os produtos deverão ser apresentados na quantidade solicitada em cada pedido de fornecimento.

#### UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

## **CLÁUSULA II- DA VALIDADE DO REGISTRO DE PREÇOS**

A ata de Registro de Preços a ser firmada entre o FHGV e as empresas que apresentarem as propostas classificadas em 1º (primeiro) lugar no presente certame, terá validade pelo prazo de 12 (doze), a partir de sua assinatura.

## **CLÁUSULA III - DA UTILIZAÇÃO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS**

O preço ofertado pelas empresas signatárias da presente Ata de Registro de Preços é o especificado na proposta, de acordo com a respectiva classificação na Ata de Julgamento do **Pregão Eletrônico Registro de Preços nº0212/2017**.

§1º. Em cada fornecimento decorrente desta ata, serão observadas, quanto ao preço, as cláusulas e condições constantes do Edital do **Pregão Eletrônico Registro de Preços 0212/2017**, que a precedeu e integra o presente instrumento de compromisso.

## **CLÁUSULA IV - DAS CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO DO OBJETO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS, DO LOCAL E PRAZO DE ENTREGA**

Os produtos, objetos deste edital, deverão ser entregues diretamente na Unidade de Farmácia, de segunda a sexta-feira, das 08h às 16h30, nos seguintes endereços:

### **HOSPITAL DE TRAMANDAÍ**

CNPJ: 13.183.513/0002-08

Av. Emancipação ,1255

Tramandaí - RS, CEP 95590-000

Fone: (51) 3684-0300

### **HOSPITAL MUNICIPAL GETULIO VARGAS**

CNPJ: 13.183.513/0001-27

Rua Pinheiro Machado, 331,Dihel

Sapucaia do Sul RS, CEP: 93210.1803

Telefone: (51) 3451.1591/ (51) 3450.3688/ (51) 3451 8200

Segunda-feira a sexta-feira das 08h às 12h e das 13h às 16h

---

#### UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



---

## UPA VIAMÃO

CNPJ: 13.183.513/0009-84

Av senador salgado filho, 2055

Bairro santa Cecilia - Viamão

Fone: (51) 3493-4378

## UPA LAJEADO

CNPJ: 13.183.513/0006-31

RUA CARLOS SPHOR FILHO,3480

BAIRRO MOINHOS D'ÁGUA

CEP: 95900-000 – LAJEADO

Fone: (51) 3982-1473

**Recebimento provisório**- no ato da entrega do objeto, no Setor que procederá à conferência de sua conformidade com as especificações do Edital, da Ata de Registro de Preços e/ou do Contrato. Caso não haja qualquer impropriedade explícita, será atestado esse recebimento;

**Recebimento definitivo** - em até 5 dias úteis após o recebimento provisório, mediante “atesto” na nota fiscal/fatura, após comprovada a adequação aos termos contratuais e desde que não se verifique defeitos ou imperfeições.

A entrega dos materiais deverá ocorrer, conforme necessidade e solicitação prévia enviada pela unidade de compras.

- O prazo de entrega será de até 07 (sete) dias úteis, contados a partir da solicitação, sendo que qualquer prazo superior a esse deverá ocorrer somente com a prévia autorização da Unidade de Farmácia, sob pena de aplicação das sanções previstas no item 22.
- Comunicar a contratante, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas que antecede a data da entrega, os motivos que impossibilitem o cumprimento do prazo previsto, com a devida comprovação.

---

#### UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

- 
- A entrega somente será considerada concluída mediante a emissão de recebimento, expedido pelo FHGV.
  - Quando constatada irregularidade nos objetos da entrega, a Instituição efetuará a devolução das mercadorias, sendo a empresa fornecedora obrigada a retirar o objeto recusado e repor por produto adequado, no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas.
  - Será permitida somente uma substituição conforme descrita no lote acima, após serão aplicadas as penalidades cabíveis.
  - A empresa **CONTRATADA** deverá fornecer instruções sobre cuidados e condições de armazenagem.
  - Cada fornecimento deverá ser efetuado mediante solicitação das Unidades de Farmácia das unidades, através da respectiva Autorização de Fornecimento do produto (Ordem de Compra).
  - Os produtos deverão ser entregues acompanhados da Nota Fiscal/Fatura correspondente. Na nota fiscal deve conter fabricante, lote e a data de validade dos materiais.
  - A licitante deverá dar garantia de que o produto ofertado será substituído, sem ônus para as unidades, caso não esteja de acordo com os padrões de qualidade exigidos neste edital.
  - As mercadorias solicitadas deverão vir em embalagens íntegras onde conste a composição, data de fabricação e validade dos produtos. Não serão recebidos produtos em embalagens violadas (furadas, rasgadas, amassadas ou enferrujadas).
  - Serão aceitos somente medicamentos de laboratórios que possuem certificados de Boas Práticas de Fabricação vigentes expedidos pela ANVISA.
  - Participarão do processo licitatório apenas fornecedores com AFE (Autorização de Funcionamento Especial) e Alvará Sanitário vigentes expedido pela Vigilância Sanitária.
  - Medicamentos que necessitam de refrigeração só serão aceitos caso não exista o mesmo medicamento em forma de armazenamento comum (temperatura ambiente). Caso seja fornecido medicamento que necessite de refrigeração a empresa deverá entrega-lo em transporte adequado (refrigerado).

---

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

- O prazo de validade dos medicamentos devem ser de no mínimo 1 (um) ano a partir da data de aquisição.
- Os medicamentos apresentados em formas farmacêuticas sólidas devem ser em cartelas ou blister e na apresentação de comprimido
- Para fins de instrução das empresas **CONTRATADAS** para a correta forma de emissão das notas fiscais de fornecimento de bens e ou serviços a FUNDAÇÃO HOSPITALAR GETULIO VARGAS - FHGV e suas filiais, será adotado os seguintes critérios:

Notas fiscais de fornecimento de material de consumo, bens e ou serviços ao HOSPITAL DE TRAMANDAÍ, UPA DE LAJEADO, UPA DE VIAMÃO e HOSPITAL MUNICIPAL GETULIO VARGAS: o fornecedor deverá emitir a Nota Fiscal em nome da filial e utilizar os dados do destinatário, o CNPJ, o endereço da filial, fazendo a entrega do material de consumo, dos bens e ou serviços no endereço informado na Autorização de Fornecimento (Ordem de Compra);

#### CLÁUSULA VI - DO PAGAMENTO

Os produtos objeto desta Ata de Registro de Preços serão recebidos pelo FHGV consoante o disposto no art. 73 da Lei Federal 8.666/93 e demais normas pertinentes.

§1º. O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias a contar da data da entrega dos produtos e apresentação da Nota Fiscal ao FHGV, neste deve constar o mesmo CNPJ que consta na proposta.

§2º. Nenhum pagamento será efetuado à **CONTRATADA** enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação que lhe for imposta, em virtude de penalidades ou inadimplemento, sem que isso gere direito ao pleito de atualização.

§3º. A critério da Administração poderão ser descontados dos pagamentos devidos, os valores para cobrir despesas com multas, indenizações a terceiros e outras de responsabilidade da **CONTRATADA**.

§4º. O pagamento somente será realizado após avaliação da quantidade, qualidade do produto entregue. Em caso de parecer negativo quanto à quantidade, qualidade a empresa deverá substituir o produto entregue em até 24 (vinte e quatro) horas, sob pena de aplicação das penalidades contratuais.

---

#### UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

§5º. O crédito será efetuado em conta corrente da contratada, devendo a mesma informar no contrato e na própria Nota Fiscal o nome do Banco, número da agência e número da conta corrente.

§6º. Os recursos utilizados para pagamento da referida despesa correrão por conta da **3030 (Medicamentos) –HOSPITAL TRAMANDAÍ , UPA DE LAJEADO , UPA DE VIAMÃO e HOSPITAL MUNICIPAL DE GETULIO VARGAS**

#### **CLÁUSULA VII - DAS CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO**

O fornecedor ficará obrigado a atender todos os pedidos efetuados durante a vigência desta ata, mesmo que a entrega deles decorrente esteja prevista para data posterior a do seu vencimento.

§1º. Cada fornecimento deverá ser efetuado mediante solicitação do FHGV.

§2º. Os produtos deverão ser entregues acompanhados da Nota Fiscal/Fatura correspondente.

§3º. A empresa **CONTRATADA** deverá trocar todos os produtos pertencentes a um lote em que tenham sido detectados problemas.

§4º. É permitida adesão a ata conforme previsto na Lei 7892/2013.

#### **CLÁUSULA VIII DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:**

Receber o objeto no prazo e condições estabelecidas no Edital e seus anexos;

§1º. Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos bens recebidos provisoriamente com as especificações constantes do Edital e da proposta, para fins de aceitação e recebimento definitivo;

§2º. Comunicar à Contratada, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;

§3º. Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da Contratada, através de comissão/servidor especialmente designado;

§4º. Efetuar o pagamento à Contratada no valor correspondente ao fornecimento do objeto, no prazo e forma estabelecidos no Edital e seus anexos;

§5º. A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela Contratada com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente Termo de Contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da Contratada, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

---

#### UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

## **CLÁUSULA IX OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

Cumprir todas as obrigações constantes no Edital, seus anexos e sua proposta, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto.

§1º. Efetuar a entrega do objeto em perfeitas condições, conforme especificações, prazo e local constantes no Edital e seus anexos, acompanhado da respectiva nota fiscal, na qual constarão as indicações referentes a: fabricante, lote, prazo de validade.

§2º. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto, de acordo com os artigos 12, 13 e 17 a 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078, de 1990);

§3º. Substituir, reparar ou corrigir, às suas expensas, no prazo fixado neste Termo de Referência, o objeto com avarias ou defeitos;

§4º. Comunicar à Contratante, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas que antecede a data da entrega, os motivos que impossibilitem o cumprimento do prazo previsto, com a devida comprovação;

§5º. Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

## **CLÁUSULA XI - DAS SANÇÕES**

Se a empresa vencedora recusar-se a assinar a Ata de Registro de Preços, injustificadamente, sujeitar-se-á penalidades prevista nesse edital, sem prejuízo de aplicação de outras sanções cabíveis.

§1º. Pelo atraso ou inexecução, total ou parcial, do objeto deste Edital, erro, imperfeição, mora a execução, inadimplemento ou não veracidade das informações prestadas, a empresa adjudicatária estará sujeita, segundo a extensão da falta cometida, às penalidades previstas nos artigos 86 e 87, da Lei nº 8.666/93, garantida prévia defesa.

1.1. Advertência;

1.2. Multas:

1.2.1. De 0,5% (meio por cento) ao dia até o limite de 5% (cinco por cento), sobre o valor da Autorização de Fornecimento dos produtos, no caso de atraso no fornecimento;

1.2.2. De 5% (cinco por cento) do valor da Autorização de Fornecimento do produto, em qualquer hipótese de inexecução parcial ou, qualquer outra irregularidade;

---

### UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

- 1.2.3. De 10% (dez por cento) sobre o valor da Autorização de Fornecimento do produto, nos casos de inexecução parcial ou total, execução imperfeita ou negligência na execução do objeto contratado.
- 1.2.4. Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, conforme a gravidade da falta;
- 1.2.5. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que o contratado ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes.

§2º.No caso de reincidência no atraso do fornecimento do produto, a Ata de Registro de Preços será rescindida, sem prejuízo das cobranças das multas em dobro.

§3º.O não fornecimento dos produtos dentro dos padrões exigidos implicará a não aceitação dos mesmos, sem prejuízo da cobrança de multa.

§4º.Pela inexecução total ou parcial do objeto do Edital, fica o fornecedor responsável por arcar com o pagamento da diferença entre o preço registrado e o praticado no momento da aquisição, sem prejuízo das demais penalidades cabíveis.

§5º.As importâncias relativas às multas serão descontadas dos pagamentos a serem efetuados à detentora da ata.

§6º.As penalidades serão aplicadas sem prejuízo das demais sanções cabíveis, sejam estas administrativas ou penais, previstas na Lei 8.666/93.

## **CLÁUSULA XII - DOS REAJUSTAMENTOS DE PREÇOS**

Considerando o prazo de validade estabelecido no **PARAGRAFO UNICO da CLÁUSULA II** da presente ata, e em atendimento ao §1º, art. 28, da Lei Federal 9.069/95, de 29.6.1995 e demais legislação, é vedado qualquer reajustamento de preços.

## **CLÁUSULA XIII - DO CANCELAMENTO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS**

A Ata de Registro de Preços poderá ser cancelada, de pleno direito, pela Administração, quando:

§1º. A detentora não cumprir as obrigações constantes desta Ata de Registro de Preços;

§2º. A detentora der causa a rescisão administrativa de Contrato decorrente de registro de preços;

---

### UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192

§3º. Em qualquer das hipóteses de inexecução total ou parcial de Contrato decorrente de registro de preços.

§4º. Os preços registrados se apresentarem superiores aos praticados no mercado;

- a) Por razões de interesse público devidamente demonstradas e justificadas pela Administração;
- b) Pelas detentoras quando, mediante solicitação por escrito, comprovarem estar impossibilitadas de cumprir as exigências desta Ata de Registro de Preços.
- c) A solicitação das detentoras para cancelamento dos preços registrados deverá ser formulada com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias, facultada à Administração a aplicação das penalidades previstas na **CLÁUSULA X**, caso não aceitas as razões do pedido.
- d) A comunicação do cancelamento do preço registrado, nos casos previstos nos itens anteriores, será feita pessoalmente ou por correspondência com aviso de recebimento, juntando-se o comprovante aos autos que deram origem ao registro de preços.
- e) No caso de ser ignorado, incerto ou inacessível endereço da detentora, a comunicação será feita por publicação no Diário Oficial do Estado, considerando-se cancelado o preço registrado após 01 (um) dia da publicação.

#### **CLÁUSULA XIV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Integram esta Ata, o Edital do **Pregão Eletrônico Registro de Preços nº. 0212/2017** e as propostas das empresas ....., ....., ....., classificadas em 1º lugar no certame supranumerado.

§1º. Fica eleito o Foro da Comarca de Sapucaia do Sul/RS para dirimir quaisquer questões decorrentes da utilização da presente ata.

§2º. Os casos omissos serão resolvidos de acordo com a Lei 8.666/93, alterada pela Lei 8.883/94, e demais normas aplicáveis.

#### **CLÁUSULA XIV – DA VINCULAÇÃO AO EDITAL E LEGISLAÇÃO APLICÁVEL A EXECUÇÃO DA ATA**

Esta Ata fica vinculado às disposições do edital a que se refere e às da Lei 8666/93 e, em suas omissões, o que determina o Código Civil e legislação em vigor.

---

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



### **CLÁUSULA XV – DO FORO**

Fica eleito o Foro da Comarca de Sapucaia do Sul/RS para dirimir quaisquer questões decorrentes da utilização da presente ata.

### **CLÁUSULA XVI – DOS CASOS OMISSOS**

Os casos omissos serão resolvidos de acordo com a Lei 8.666/93, alterada pela Lei 8.883/94, e demais normas aplicáveis.

Sapucaia do Sul, **XX**de **XXXX**de 2017.

CONTRATADADA

CONTRATANTE

---

Juarez Wolf Verba  
Diretor Geral

---

**UNIDADES:**

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526  
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192