



HUGO
Hospital de
Urgências de Goiás
Dr. Valdemiro Cruz

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



ATO CONVOCATÓRIO – PROCESSO Nº 50127.

INSTITUTO CEM, qualificado no Estado de Goiás como Organização Social da Saúde, inscrito no CNPJ sob o nº 12.053.184/0006-41, com Contratos de Gestão nas unidades de saúde do Estado de Goiás situados nos Municípios de Goiânia/GO, Goianésia/GO, Quirinópolis/GO, Formosa/GO e Posse/GO, torna público para conhecimento dos interessados, que fará realizar Processo Seletivo objetivando a contratação de empresa para fornecimento **compra mensal de medicamentos antimicrobianos mês de março**, nas condições constantes do presente ato convocatório e seus anexos, a fim de atender às necessidades do Hospital de Urgências de Goiânia, localizado na Av. 31 de Março, esq. c/5ª Radial, s/n Setor Pedro Ludovico, Goiânia-GO, Cep: 74820-300, sob gestão do Instituto Cem, conforme publicação em diário oficial.

1. Apresentação da Documentação e da Proposta

1.1 A empresa interessada encaminhará a proposta e os documentos de habilitação para o endereço eletrônico compras@hugo.org.br ou para plataforma eletrônica de compras, sendo huma.com.br, ou HUGO, localizado na Av. 31 de Março, esq. c/ 5ª Radial, s/n Setor Pedro Ludovico, Goiânia-GO, CEP: 74820-300.

1.2. Serão consideradas as propostas entregues do dia **26/02/2024** até **01/03/2024 às 10:00**.

2. Condições para Participação

2.1. Somente serão aceitas as propostas dos interessados pertencentes ao ramo de atividade relacionado ao objeto descrito neste termo, conforme disposto em seus respectivos atos constitutivos, e que atenderem a todas as exigências, inclusive quanto às documentações constantes desta Carta Cotação e de seus Anexos.

3. Dos Documentos de Apresentação

3.1. As empresas interessadas em participar deste procedimento de seleção deverão apresentar a seguinte documentação:

- a) Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- b) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante Certidão Conjunta de débitos relativos a Tributos Federais e da Dívida Ativa da União, que abranja inclusive a regularidade relativa às contribuições previdenciárias e sociais;
- c) Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual, por meio de Certidão Negativa de Débitos em relação a tributos estaduais (ICMS) do Estado de Goiás;4
- d) Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal, por meio de Certidão Negativa de Débitos relativos a tributos municipais do município sede da proponente, em caso de obras e serviços;
- e) Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), por meio de Certificado de Regularidade Fiscal (CRF);
- f) Prova de regularidade com a Justiça do Trabalho;

3.2. Quando for necessário a formalização de contrato, além dos documentos mencionados acima, também será exigida:

- g) Certidão de Regularidade relativa à Seguridade Social e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, com validade na data da apresentação da proposta;
- h) Comprovante de Inscrição Estadual ou declaração de isento;
- i) Comprovante de Inscrição Municipal ou declaração de isento (aplicado à contratação de serviços);



HUGO
Hospital de
Urgências de Goiás
Dr. Valdemiro Cruz

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



j) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, ambos consolidados, devidamente registrado, acompanhado dos documentos comprobatórios de eleição de seus administradores;

k) Tratando-se de representante legal, o contrato social ou outro instrumento de registro comercial registrado na Junta Comercial, ou Cartório, no qual estejam expressos seus poderes para exercer direitos e assumir obrigações em decorrência de tal investidura, acompanhado de cópia de documento oficial de identificação que contenha foto do(s) sócio(s);

l) Demais documentos elencados no Termo de Referência, conforme Anexo.

3.3 A empresa que deixar de apresentar quaisquer dos documentos elencados acima, ou que não comprove sua regularidade fiscal, será imediatamente desclassificada. Importante: A empresa interessada deverá comprovar a regularidade fiscal no momento da avaliação da proposta e também no momento da concretização do pagamento. É indispensável a regularidade fiscal da empresa interessada nestes dois momentos.

3.4 A proposta deverá ser apresentada em papel timbrado, sem emendas, rasuras ou entrelinhas, devidamente carimbada, assinada, datada e com folhas numeradas;

a) Conter todos os itens técnicos de acordo com o Termo de Referência, com seus respectivos preços, inclusive todas as despesas, de qualquer natureza, incidentes sobre o objeto deste Processo Seletivo;

b) O prazo de validade da proposta deve ser de 60 (sessenta) dias, a contar da data de apresentação desta.

c) Contemplar os dados do fornecedor - CNPJ, Inscrição Estadual e/ou Inscrição Municipal, endereço, telefone, nome do vendedor e prazo de entrega do produto ou serviço e informação quanto ao frete (CIF ou FOB);

d) No caso de aquisição de equipamentos, informar o tempo de garantia;

e) Informar ainda a previsão de entrega dos serviços/mercadorias.

4. Disposições finais

4.1 Não serão aceitas propostas que apresentem preço global ou unitário simbólicos, irrisórios ou de valor zerado, incompatíveis com os preços pelo mercado.

4.2 O INSTITUTO CEM não tem a obrigação de contratar o serviço publicado, e podendo optar também, na contratação parcial destes.

Setor de Compras
Instituto CEM

DADOS DA PROPOSTA

Nro Proposta	Nro Gerencial	Abertura	Encerramento	Nro Comprador	Situação
2022	156739	26/02/2024 10:45	01/03/2024 10:00	50127 / 56450	Publicada
Descrição da proposta					
COMPRA MENSAL DE MARCO MEDICAMENTOS ANTIMICROBIANOS					
Prazo Entrega	Forma Pagamento	Condições Pagamento	Período		
1	DEPÓSITO EM C/C	A PRAZO	30 DIAS		

OBSERVAÇÕES

- AQUISIÇÃO PARA ATENDER DEMANDA DO HUGO – HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS
- ENDEREÇO DE ENTREGA: AVENIDA 1ª RADIAL ESQUINA 5ª RADIAL, 1, A RADIAL Q F, S/N LT 1, PEDRO LUDOVICO, GOIÂNIA – GO, CEP: 74820-300
- ENTREGAR CAF1, HORÁRIO DE RECEBIMENTO 08:00 ATÉ 17:00 (SEGUNDA A QUINTA) // 08:00 ATÉ 16:00 (SEXTAS FEIRAS).
- OBSERVAÇÃO OBRIGATÓRIA EM RODAPÉ NOTA FISCAL: CONSTAR NUMERO DA ORDEM DE COMPRA, E NUMERO GERENCIAL DA COTAÇÃO, CITAR CTR DE GESTÃO ICM: 039/2022. 5º ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO 039/2022.
- OS PAGAMENTOS DEVEM SER REALIZADOS VIA TRANSFERÊNCIA BANCARIA
- POR FAVOR ENVIAR XML DA NF NO ENDEREÇO: CAF1@HUGO.ORG.BR ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA - FAVOR NÃO ACEITAR ORDEM DE COMPRA NO HUMA SEM ANTES CONFIRMAR SE IRÃO NOS ATENDER.

ENDEREÇO DE COBRANÇA

AV PRIMEIRA RADIAL, QUADRA F, LOTE 01 74.820-300 SETOR PEDRO LUDOVICO GOIANIA/GO (14) 9 8109-3089

ENDEREÇO DE ENTREGA

AV PRIMEIRA RADIAL, QUADRA F, LOTE 01 74.820-300 SETOR PEDRO LUDOVICO GOIANIA/GO (14) 9 8109-3089

DADOS DO COMPRADOR

CPF/CNPJ - Nome
12053184000641 - INSTITUTO CEM HUGO GOIANIA
Endereço
AV JAMEL CECILIO JARDIM GOIÁS CEP: 74810100 GOIANIA/GO
Telefone
985451684
Contato/E-mail
CARLOS EDUARDO OLIVEIRA DIAS /compras@hugo.org.br

HISTÓRICO DE PUBLICAÇÃO

	Data/Hora	Motivo	Encerramento
Publicação	26/02/2024 10:45	HISTORICO DA PRIMEIRA ABERTURA - INSERIDO AUTOMATICO	01/03/2024 10:00

PRODUTOS/SERVIÇOS

Nro.	Código	Descrição do Item	Qtde	Unidade	Menor Cotação
MÉDICO / HOSPITALAR					

Nro.	Código	Descrição do Item	Qtde	Unidade	Menor Cotação
1	5528	AMICACINA SOL INJ 250MG/ML 2ML	100,00	AMPOLA	0,0000
2	4902	CEFALOTINA PO P/ SOL INJ 1G	1.300,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000
3	40448	CEFEPIME PO P/ SOL INJ 2G	1.000,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000
4	4890	CEFTRIAXONA PO P/ SOL INJ 1G	2.300,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000
5	5144	CIPROFLOXACINA COMP 500 MG	60,00	COMPRIMIDO	0,0000
6	42397	CIPROFLOXACINO SOL INJ 2MG/ML 200ML (1)	500,00	BOLSA	0,0000
7	24958	CLARITROMICINA PO P/ SOL INJ 500MG	50,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000
8	6748	CLINDAMICINA SOL INJ 150MG/ML 4ML	2.500,00	AMPOLA	0,0000
9	7561	GENTAMICINA SOL INJ 40MG/ML 2ML	1.000,00	AMPOLA	0,0000
10	11395	LEVOFLOXACINA SOL INJ 500 MG 100 ML	40,00	BOLSA	0,0000
11	16117	LINEZOLIDA SOL INJ 2MG/ML 300ML	60,00	BOLSA	0,0000
12	12459	MEROPENEM PO P/ SOL INJ 1G	7.500,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000
13	11783	METRONIDAZOL COMP 250MG	300,00	COMPRIMIDO	0,0000
14	13728	METRONIDAZOL SOL INJ 500MG 100ML BOLSA	450,00	BOLSA	0,0000
15	37261	NEOMICINA+BACITRACINA POMADA 5MG + 250UI/G 10GR	20,00	TUBO	0,0000
16	5246	NISTATINA CREME VAGINAL 60G	10,00	TUBO	0,0000
17	6746	OXACILINA SOL INJ 500 MG	1.200,00	FRASCO	0,0000
18	13648	PIPERACILINA + TAZOBACTAM SOL INJ 4,5G	4.800,00	FRASCO	0,0000
19	16119	POLIMIXINA B SOL INJ 500.000UI	250,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000
20	24966	SULFADIAZINA DE PRATA 1% TUBO 400G	10,00	UNIDADE	0,0000
21	38988	TEICOPLANINA PO P/ SOL INJ 400MG	30,00	FRASCO	0,0000
22	16120	TIGECICLINA SOL INJ 50MG	400,00	FRASCO	0,0000
23	6068	VANCOMICINA PO P/ SOL INJ 500MG	2.000,00	FRASCO	0,0000



Documento assinado eletronicamente por JEZIEL BARBOSA FERREIRA, 476.308.411-91, DIRETOR GERAL, em 26/02/2024 às 14:36, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por KARLA AZEREDO RAMOS DE CASTRO, 397.407.901-78, DIRETOR ADMINISTRATIVO, em 26/02/2024 às 14:58, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por CARLOS EDUARDO OLIVEIRA, 406.849.858-02, COMPRADOR, em 26/02/2024 às 16:38, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por WELLITON FELIPE DA SILVA ALVES, 436.895.948-55, DIRETOR FINANCEIRO, em 27/02/2024 às 10:44, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo> informando o código 356929 e o código verificador 50127.