



HUGO
Hospital de
Urgências de Goiás
Dr. Valdemiro Cruz

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



ATO CONVOCATÓRIO – PROCESSO Nº 50123

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 GERAIS - MARÇO 2024** nas condições constantes da presente ato convocatório e seus anexos, para o 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 a partir das 12h46min do dia 26/02/2024 até às 10h00min do dia 01/03/2024.**

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;
- 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;



HUGO
Hospital de
Urgências de Goiás
Dr. Valdemiro Cruz

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



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);

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

Avenida 31 de Março, SN, Setor Pedro Ludovico, Goiânia, Goiás, CEP: 74.820-300. (62) 3201-4299,
compras@hugo.org.br, CNPJ: 12.053.184/0006-41.

DADOS DA PROPOSTA

Nro Proposta	Nro Gerencial	Abertura	Encerramento	Nro Comprador	Situação
2028	156756	26/02/2024 12:46	01/03/2024 10:00	50123 / 56448	Publicada

Descrição da proposta

COMPRA MENSAL DE MEDICAMENTOS GERAIS - MARÇO 2024

Prazo Entrega	Forma Pagamento	Condições Pagamento	Período
2 DIAS	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

6232014399

Contato/E-mail

RENNERSON VARANDA /compras@hugo.org.br

HISTÓRICO DE PUBLICAÇÃO

	Data/Hora	Motivo	Encerramento
Publicação	26/02/2024 12:46	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	9869	ACETAZOLAMIDA COMP 250MG	60,00	COMPRIMIDO	0,0000
2	29288	ACETILCISTEINA GRANULADO 600MG 5G	200,00	ENVELOPE	0,0000
3	4944	ACIDO ACETILSALICILICO COMP 100MG	1.000,00	COMPRIMIDO	0,0000
4	11499	ACIDO TRANEXAMICO SOL INJ 50MG/ML 5ML	600,00	UNIDADE	0,0000
5	020436	ADENOSINA SOL INJ 3MG AMP 2ML - AMPOLA 6MG AMPOLA 6MG	60,00	AMPOLA	0,0000
6	25305	ALTEPLASE SOL INJ 50 MG	30,00	UNIDADE	0,0000
7	4975	AMIODARONA SOL INJ 50MG/ML 3ML	200,00	AMPOLA	0,0000
8	11856	ANLÓDIPINO 10MG	600,00	COMPRIMIDO	0,0000
9	17573	ATROPINA SOL OFTÁLMICA 0,5% / 1% 5ML	42,00	FRASCO	0,0000
10	31754	AZUL DE METILENO 2% 2ML	15,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000
11	4853	BACLOFENO COMP 10MG	30,00	COMPRIMIDO	0,0000
12	5164	BISACODIL COMP 5MG	120,00	COMPRIMIDO	0,0000
13	6468	BUPIVACAÍNA 0,5% ISOBARICA S/ CONSERV. 4ML	100,00	AMPOLA	0,0000
14	6470	BUPIVACAÍNA SOL INJ 0,5% PESADA 4ML	60,00	AMPOLA	0,0000
15	75737	CARBOXIMALTOSE FÉRRICA 50MG/ML AMPOLA 10ML	5,00	AMPOLA	0,0000
16	46657	CARVAO ATIVADO VEGETAL - PO 250G	1,00	POTE	0,0000
17	8565	CARVEDILOL COMP 6,25MG	300,00	COMPRIMIDO	0,0000
18	15687	CLONIDINA COMP 0,150MG	300,00	COMPRIMIDO	0,0000
19	6454	CLONIDINA SOL INJ 150 MCG 1ML	300,00	AMPOLA	0,0000
20	6827	CLOPIDOGREL COMP 75MG	300,00	COMPRIMIDO	0,0000
21	10289	CLORETO DE POTASSIO COMP 600MG	350,00	COMPRIMIDO	0,0000
22	6449	CLORIDRATO DE ETILEFRINA SOL INJ 10MG/ML 1ML	350,00	AMPOLA	0,0000
23	4974	DESLANOSÍDEO SOL INJ 0,2MG/ML 2ML	50,00	AMPOLA	0,0000
24	19506	DESMOPRESSINA SOLUCAO NASAL/SPRAY 100MCG /ML 2,5ML	5,00	FRASCO	0,0000
25	5173	DEXAMETASONA SOL INJ 4MG/ML 2,5ML	600,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000
26	6459	DIMENIDRINATO + PIRIDOXINA SOL INJ 3 + 5MG/ML 10ML DIMENIDRINATO 30 MG / 10 ML + PIRIDOXINA 50 MG / 10 ML + GLICOSE 1000 MG / 10 ML + FRUTOSE 1000 MG / 10 ML	600,00	AMPOLA	0,0000
27	7563	DIOSMINA 450MG + HESPERIDINA 50MG COMP	100,00	COMPRIMIDO	0,0000
28	4995	DOBUTAMINA SOL INJ 12,5MG/ML 20ML	50,00	AMPOLA	0,0000
29	10187	DOMPERIDONA COMP 10MG	2.500,00	COMPRIMIDO	0,0000
30	39001	ENOXAPARINA SÓDICA 60MG SERINGA PRE- PREENCHIDA (SC)	400,00	SERINGA	0,0000
31	39044	ENOXAPARINA SÓDICA SOL INJ SC 20MG/0,2ML	20,00	UNIDADE	0,0000
32	14417	ESPIRONOLACTONA COMP 25MG	120,00	COMPRIMIDO	0,0000
33	8099	FIO NYLON PRT 3-0 AG 3,0CM TR 3/8 45 CM COMPRIMENTO APROXIMADO: 45CM ; AGULHA: 3,0CM, TRIANGULAR CORTANTE, 3 /8 DE CIRCUNFERENCIA ; COR: PRETO ; ESTRUTURA: MONOFILAMENTAR ; EMBALAGEM: INDIVIDUAL E ESTERIL.	50,00	UNIDADE	0,0000
34	19381	FOSFATO ACIDO DE POTASSIO SOL INJ 2 MEQ/ML 10ML	100,00	AMPOLA	0,0000
35	43935	FOSFATO SÓDICO DIBÁSICO + MONOBÁSICO (L- ENEMA, FLEET) 130 ML	300,00	FRASCO	0,0000
36	05622	FUROSEMÍDA SOL INJ 10 MG/ML 2 ML AMPOLA 20 MG	1.500,00	AMPOLA	0,0000

Nro.	Código	Descrição do Item	Qtde	Unidade	Menor Cotação
37	38244	HEPARINA SODICA SOL INJ SUBCUTANEA 5000UI/0,25ML	1.200,00	AMPOLA	0,0000
38	38218	HIDRALAZINA COMP 25MG	20,00	COMPRIMIDO	0,0000
39	16114	HIDRALAZINA COMP 50MG	1.400,00	COMPRIMIDO	0,0000
40	8805	HIDROCLOROTIAZIDA COMP 25MG	400,00	COMPRIMIDO	0,0000
41	18208	HIOSCINA SOL INJ 20MG/ML 1ML	500,00	AMPOLA	0,0000
42	5044	INSULINA NPH - SOL INJ 100 U/ML 10ML (G)	20,00	FRASCO	0,0000
43	3912	INSULINA REGULAR - SOL INJ 100 U/ML 10ML (G)	50,00	AMPOLA	0,0000
44	12210	LACTULOSE XPE 667MG/ML 120ML	60,00	FRASCO	0,0000
45	6149	LEVOTIROXINA SODICA COMP 25MCG	400,00	COMPRIMIDO	0,0000
46	6458	LIDOCAINA 2% SOL INJ C/ VASOCONSTRITOR 20ML	500,00	FRASCO	0,0000
47	17944	LIDOCAINA GELEIA 2% TUBO 30 GRAMAS	250,00	TUBO	0,0000
48	5828	LIDOCAINA SOL INJ 2% S/ VASOCONSTRITOR 20ML	400,00	FRASCO	0,0000
49	17037	LIDOCAINA SPRAY 10% FRASCO 50ML	3,00	FRASCO	0,0000
50	5098	LOPERAMIDA COMP 2MG	250,00	COMPRIMIDO	0,0000
51	21994	LORATADINA COMP 10MG	320,00	COMPRIMIDO	0,0000
52	10084	LOSARTANA COMP 50MG	2.000,00	COMPRIMIDO	0,0000
53	15058	METARAMINOL SOL INJ 10MG/ML 1ML	200,00	AMPOLA	0,0000
54	5003	METILDOPA COMP 500 MG	50,00	COMPRIMIDO	0,0000
55	7289	METILPREDNISOLONA PO P/ SOL INJ 500MG	50,00	FRASCO	0,0000
56	4908	METOCLOPRAMIDA SOL INJ 5MG/ML 2ML	100,00	AMPOLA	0,0000
57	23568	METOPROLOL COMP 50MG	800,00	COMPRIMIDO	0,0000
58	23581	NIFEDIPINO COMP 10MG	100,00	COMPRIMIDO	0,0000
59	6942	NIMODIPINA COMP 30MG	2.000,00	COMPRIMIDO	0,0000
60	6456	NITROPRUSSIATO DE SODIO SOL INJ 50MG/2ML	200,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000
61	7429	OMEPRAZOL 20MG	4.000,00	CÁPSULA	0,0000
62	6455	ONDANSETRONA SOL INJ 4MG/AMP 2ML (2MG/ML)	4.500,00	AMPOLA	0,0000
63	49363	PARACETAMOL 1% SOL INJ 10MG/ML BOLSA 100 ML	150,00	BOLSA	0,0000
64	8549	PARACETAMOL COMP 500MG	2.200,00	COMPRIMIDO	0,0000
65	43991	PARACETAMOL SOL ORAL 200MG/ML 10ML	100,00	FRASCO	0,0000
66	17005	POLIVITAMINICO SOL INJ 10ML - ADULTO	60,00	AMPOLA	0,0000
67	6717	PREDNISONA 20MG	120,00	COMPRIMIDO	0,0000
68	5653	PROMETAZINA SOL INJ 25MG/ML 2ML	60,00	AMPOLA	0,0000
69	4999	PROPRANOLOL COMP 40MG	200,00	COMPRIMIDO	0,0000
70	4967	SAIS P/ REIDRATAÇÃO ORAL 27,9G	50,00	ENVELOPE	0,0000
71	5467	SALBUTAMOL SPRAY 200 DOSES	120,00	FRASCO	0,0000
72	10188	SINVASTATINA 20MG	1.500,00	COMPRIMIDO	0,0000
73	16844	SUCRALFATO SUSP ORAL FLACONETE 200MG/ML 10ML	260,00	FRASCO	0,0000
74	6484	TENOXICAM PO P/ SOL INJ 20MG	2.500,00	AMPOLA	0,0000
75	10560	TIAMINA 300MG	100,00	COMPRIMIDO	0,0000
76	34090	TIAMINA SOL INJ 100 MG/ML	1.600,00	AMPOLA	0,0000
77	7557	VITAMINAS DO COMPLEXO B SOL INJ 2ML	600,00	AMPOLA	0,0000
QUIMICO					
78	70558	METABISSULFITO DE SÓDIO 2% 230G (PÓ INATIVADOR GLUTARALDEIDO)	10,00	GRAMA	0,0000

Nro.	Código	Descrição do Item	Qtde	Unidade	Menor Cotação



Documento assinado eletronicamente por WELLITON FELIPE DA SILVA ALVES, 436.895.948-55, DIRETOR FINANCEIRO, em 27/02/2024 às 10:40, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por JEZIEL BARBOSA FERREIRA, 476.308.411-91, DIRETOR GERAL, em 27/02/2024 às 11:07, 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 28/02/2024 às 14:15, 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 01/03/2024 às 16:08, 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 357473 e o código verificador 50123.