



## DISPENSA DE LICITAÇÃO – DL Nº 049/2014 CPL/FMS/SMS/PMVR

O **MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA/RJ**, por intermédio da **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO** do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE/SMS/PMVR**, atendendo requisitos do Processo Administrativo nº 1290/2014/FMS/SMS/PMVR, comunica aos interessados que fará realizar procedimento de Dispensa de Licitação – DL, nos termos do inciso II do artigo 24 da Lei nº 8.666/93, com as modificações posteriores, de conformidade com as cláusulas e condições seguintes:

### 1- DO OBJETO:

1.1- Constitui o objeto desta **DL** a **AQUISIÇÃO DO MATERIAL** descritos no quadro abaixo, para atender as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde/PMVR.

ITEM	QUANT.	UNID	DESCRIÇÃO
01	1.620	BL	Confecção de blocos com 100 folhas cada em papel offset 75 g tamanho 15 x 21 de formulário de <b>REQUISIÇÃO DE EXAMES/TERAPIAS (frente e verso)</b> , totalizando 1620 blocos/162.000 folhas. <b>Letra e numeração</b> sequencial em <b>VERMELHO</b> conforme a seqüência: 40.000 folhas <b>E - 217.001 a 257.000</b> 60.000 folhas <b>N - 243.001 a 303.000</b> 50.000 folhas <b>S - 266.001 a 316.000</b> 10.000 folhas <b>U - 80.001 a 90.000</b> 2.000 folhas <b>D - 18.501 a 20.500</b>  Total: <b>1.620 blocos/162.000 folhas</b> Conforme anexo (frente e verso).
02	65	BL	Confecção de blocos com 100 folhas cada em papel offset 75 g tamanho 15x 21 de formulário de <b>REQUISIÇÃO DE EXAMES DE PRÉ-NATAL (frente e verso)</b> , totalizando 65 blocos/6.500 folhas. <b>Letra e numeração</b> sequencial em <b>VERDE</b> conforme a seqüência: 1.000 folhas <b>N - 11.001 a 12.850</b> 1.000 folhas <b>S - 12.301 a 14.750</b> 500 folhas <b>E - 3.801 a 6.000</b>  Total: <b>65 blocos/6.500 folhas</b> Conforme anexo (frente e verso).

### 2- DA HORA, DATA E FORMA DE APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA:

2.1- O interessado deverá enviar a **"PROPOSTA"** até às **10:00 horas** do dia **22 de agosto de 2014**, para a **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO/FMS/SMS/PMVR**, situada na Rua 566, nº 31 – Bairro Nossa Senhora das Graças – Volta Redonda/RJ. – CEP 27.295-390 – Telefone/Fax 3339-9627/3347-2546 ou 3347-4581, podendo ser pelo **EMAIL: cpl2.fms.sms@epdvr.com.br**, em **MÃOS**, ou por **FAX**;

2.2- A **PROPOSTA** do interessado poderá obedecer ao modelo sugestão do **ANEXO I**:

### 3- DA PARTICIPAÇÃO:

3.1- Poderá participar desta **DL** qualquer interessado do ramo de atividade pertinente ao objeto da contratação, e que esteja com situação regular perante o **FGTS**, **INSS** e **CNDT**, sob pena de não aceitação da proposta pelo não atendimento.



**ANEXO I**  
**SUGESTÃO: "MODELO DE PROPOSTA PARA EMPRESA ELABORAR"**

**À**  
**COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/PMVR**  
**Rua 566, nº 31 – Bairro Nossa Senhora das Graças**  
**VOLTA REDONDA/RJ**

Ref.: DISPENSA DE LICITAÇÃO - DL nº 049/2014  
Abertura dia 22/08/2014, às 10:00 horas.

A empresa \_\_\_\_\_, com endereço na \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_ -  
Bairro \_\_\_\_\_ - Cidade \_\_\_\_\_, CNPJ nº \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_, pela  
presente, propõe fornecer os materiais descritos no quadro abaixo, observando ainda as demais condições  
desta proposta:

ITEM	QUANT	UNID	DESCRIÇÃO	MARCA	PREÇO UNITÁRIO (R\$)	PREÇO TOTAL (R\$)
01	1.620	BL	Confecção de blocos com 100 folhas cada em papel offset 75 g tamanho 15 x 21 de formulário de <b>REQUISIÇÃO DE EXAMES/TERAPIAS (frente e verso).....</b>			
02	65	BL	Confecção de blocos com 100 folhas cada em papel offset 75 g tamanho 15x 21 de formulário de <b>REQUISIÇÃO DE EXAMES DE PRÉ-NATAL .....</b>			

**VALIDADE DA PROPOSTA: 60 (sessenta) dias**, a contar da data desta proposta.

**CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 dias.**

**PRAZO DE ENTREGA: 10 dias.**

**GARANTIA MÍNIMA: 12 MESES**

**ENVIAR CATÁLOGO OU PROSPECTO**

Todos os impostos e as despesas necessárias para o correto fornecimento do(s) material(is) estão inclusos nos preços propostos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (Local e data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal



### Requisição de Procedimentos

Unidade Requisitante **Nº 10614** **D**

- Patologia clínica     Ultrassonografia simples     Radiologia  
 Fisioterapia     Eletrocardiograma     Outros

#### Identificação do Usuário

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nasc:

Nº Cartão SUS: \_\_\_\_\_

#### Dados Clínicos

#### Procedimentos Solicitados

- |   |    |
|---|----|
| 1 | 6  |
| 2 | 7  |
| 3 | 8  |
| 4 | 9  |
| 5 | 10 |

Nota: Utilize uma linha para cada procedimento e inutilize os campos em branco

#### AUTORIZAÇÃO DA UNIDADE

Secretaria Municipal de Saúde:

Clinica Autorizada

Volta Redonda, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data:

Assinatura / Carimbo



**Requisição de Exame de Pré-Natal**

Unidade Requiritante \_\_\_\_\_ Nº 10482 N

Identificação do Usuário \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
 Data de Nasç.: \_\_\_\_\_ Nº Cartão SUS: \_\_\_\_\_

Procedimentos Solicitados	
1ª Rotina Sangue: Hemograma Completo Glicose VDRL Toxoplasmose (IGM e IGG) Rubéola (IGM e IGG) Tipo Sanguíneo e Fator Rh HBsAg, Anti HBs Anti HBe, Total e Anti HCV	2ª Rotina Sangue: Hemograma Completo Glicose VDRL
Urina: EAS + Cultura e Tsa Parasitológico	Urina: EAS + Cultura e Tsa
Outros	Outros
1	1
2	2
3	3

Assinatura: \_\_\_\_\_  
 Assinatura / Carimbo

**Assinale a opção da rotina a ser pedida e inutilize a outra.**  
 O exame de HIV deve ser solicitado em separado e encaminhado para coleta no CDI no seu próprio formulário

AUTORIZAÇÃO DA UNIDADE  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Clínica autorizada  
 Carimbo  
 Volta Redonda, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_