



SOLICITAÇÃO DE ORÇAMENTO

Contato:	Rose Ferreira	Telefone	(62) 3201-9464	WhatsApp:	(62) 3201-9464
e-mail:	rosirene.ferreira@ovg.org.br			PROCESSO Nº	202400058006230
Esta solicitação é válida até o dia:	02/01/2025 - podendo ser prorrogado (acompanhar plataforma Huma e site OVG)				

ÁREA FORNECEDOR

Por favor, encaminhar com as seguintes informações:

Nome Fantasia:					
Razão Social:					
CNPJ.:			Inscrição Estadual:		
Contato:			Inscrição Municipal:		
Telefone:			e-mail:		
Celular:			Outros:		
Endereço:				CEP.:	
Banco:		Agência:		Conta:	OP.

Importante: Os dados BANCÁRIOS são necessários tanto no ORÇAMENTO quanto na NOTA FISCAL, pois a partir de agora só realizaremos pagamento por meio de depósito bancário.

OBJETO : Contratação de empresa para fornecimento de 12 (doze) unidades de camas hospitalares, mecânicas, para as Unidades/Programas desta Organização, conforme condições e especificações estabelecidas no Termo de Referência nº 143/2024-CPAB/GPCOM/GPSA.

ITEM	DESCRIÇÃO OBJETO OU SERVIÇO	MARCA	UNIDADE	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
1	CAMAS HOSPITALAR MECÂNICA a) Movimentos: Elevação dorsal, Fowler, Semi-fowler, Flexão de pernas, Cardíaco e Sentado; b) Regulagem de altura de aproximadamente 53cm a 70cm. c) Acionamento através de manivelas. d) Rodízio de 4", estrutura de aço carbono, com freio na diagonal. e) Estrutura em Aço carbono com tratamento antiferruginoso e acabamento em pintura eletrostática. f) Cabeceiras removíveis termoplástico. g) Acompanha grades em aço carbono Pintado. h) Capacidade mínima: 130kg. Dimensões aproximadas do leito: 1,90cm comp. x 0,90cm larg. i) Cor Branca.		Unidade	12	R\$ -	R\$ -
VALOR TOTAL DA PROPOSTA ----->						R\$ -

NOTA-SE: Os Valores Unitários deverão ser cotados com **SOMENTE 02(duas) casas decimais** após a vírgula.

OBSERVAÇÕES DOS ITENS

FAVOR LER AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO TERMO DE REFERÊNCIA

Os produtos deverão ser entregues de forma única, com um prazo de entrega de até 30 (trinta) dias úteis contados da solicitação da OVG, observando-se as condições do Termo de Referência, conforme solicitação da unidade no endereço, dia e horário abaixo:

CIVV - Centro de Idosos Vila Vida. Endereço: Centro de Idosos Vila Vida - Rua 267 C/270-A, Setor Coimbra, Goiânia - GO. Contato: 3914-6641. Horário da Entrega: 08:00 às 17:00h. Dias da semana para entrega: segunda-feira a sexta-feira.

EBVII - Espaço Bem Viver II. Endereço: Espaço Bem Viver II - Av. Contorno Esquina com a Rua 44, Setor Norte Ferroviário, Goiânia - GO. Contato: 3201-9701. Horário da Entrega: 08:00 às 17:00h. Dias da semana para entrega: segunda-feira a sexta-feira.

O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias após entrega dos produtos/serviços e emissão válida do documento fiscal correspondente (nota fiscal, recibo ou equivalente), devidamente preenchido e atestado pelo Gestor indicado pela OVG.

Será contratada a empresa que oferecer o **MENOR PREÇO GLOBAL**.

Não será admitido neste processo a participação de fornecedor/prestador de serviços que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório na OVG, bem como com os elencados no Art.08-C da Lei15.503/2005, estando a proponente de acordo com os termos do presente Termo de Referência, no encaminhamento da proposta comercial.

Condição de Pagamento:	<input type="checkbox"/> Boleto bancário	<input type="checkbox"/> Depósito Bancário
Prazo de pagamento:		
Validade da Proposta:		

Prazo de Entrega:		
Nota Fiscal:	Material: <input type="checkbox"/>	Serviço: <input type="checkbox"/>
Observações do Fornecedor:		