

Consórcio Público Interfederativo de Saúde da

quinta-feira, 7 de janeiro de 2021

Ano IV - Edição nº 00433 | Caderno 1

Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Feira de Santana - Portal do Sertão publica



Consórcio Público Interfederativo de Saúde da

SUMÁRIO

- PARCELAMENTO PROCESSO TCM 06885e20.
- PEDIDO DE COTAÇÃO - AQUISIÇÃO DE BANDEIRAS.
- PEDIDO DE COTAÇÃO - MATERIAL PARA BIÓPSIA

Consórcio Público Interfederativo de Saúde da

Outros

**Ao Consórcio Público Interfederativo de Saúde da
Região de Feira de Santana – Portal do Sertão**

Eu, **EDMARIO PAIM DE CERQUEIRA**, brasileiro, casado, RG nº 02.495.228-10, CPF nº 387.255.685-15, residente e domiciliado na Rua Maria Helena Daltro, Nº 200, Coração de Maria - BA, CEP 44.250-000, venho respeitosamente à presença de vossa senhoria requerer o parcelamento do débito existente referente a multa imputado pelo Tribunal de Contas dos Municípios – TCM-BA, e me comprometo a paga-la em 05 (cinco) parcelas mensais em conformidade com a Resolução nº 1345/2016 Art. 1º que determina juros legais de 1% (um por cento), com a primeira com vencimento em Janeiro/2021 e a última em Maio/2021, relacionado ao processo abaixo especificado:


Processo TCM nº 06885e20, valor original imputado, R\$ 2.500,00 – venc. Original – 06/11/2020

- 1ª Parcela vencimento dia 20/01/2021 - Valor R\$ 505,00
- 2ª Parcela vencimento dia 20/02/2021 - Valor R\$ 510,05
- 3ª Parcela vencimento dia 20/03/2021 - Valor R\$ 515,15
- 4ª Parcela vencimento dia 20/04/2021 - Valor R\$ 520,30
- 5ª Parcela vencimento dia 20/05/2021 - Valor R\$ 525,50

Termos em que,
Pede deferimento.

Coração de Maria-BA, 21 de dezembro de 2020.


EDMARIO PAIM DE CERQUEIRA
CPF nº 387.255.685-15


Kelly F. da Silva dos Santos
Diretora Executiva CPISRFSA

Deferido
21/12/2020

Digitizado com CamScanner

Consórcio Público Interfederativo de Saúde da

Outros

PRAZO PARA ENVIO DA PROPOSTA POR E-MAIL: 15/01/2021

EMAIL: comprasconsorciodesaudefsa@hotmail.com



Consórcio Interfederativo de Saúde - Portal do Sertão
CNPJ: 29.664.289/0001-25

FORMULÁRIO DE COTAÇÃO DE PREÇOS

EMPRESA:			
CNPJ:		CEP:	
ENDEREÇO:			UF:
INSC. MUNICIPAL/ESTADUAL:		CONTATO:	
EMAIL:			

OBJETO: Contratação de empresa especializada em fornecimento de bandeiras.

ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UND	QTD	V.UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	BANDEIRA, da Bahia, oficial, dupla face, em tecido poliéster, 05 (cinco) panos, para hasteamento em mastro, dimensões 3,30m x 2,10m. Atender a norma da ABNT vigente.	UN	3	R\$ -	R\$ -
2	BANDEIRA, do Brasil, oficial, dupla face, em tecido poliéster, 05 (cinco) panos, para hasteamento em mastro, dimensões 3,30m x 2,10m. Atender a norma da ABNT vigente.	UN	3	R\$ -	R\$ -
				VALOR GLOBAL	R\$

VALOR GLOBAL POR EXTENSO:

JUSTIFICATIVA: Se faz necessária a aquisição dos itens para que o costume de exibição dos símbolos nacionais de civilidade e patriotismo sejam respeitados por essa instituição.

_____ de _____ de 2021.

Validade da Proposta: 90 (noventa) dias.

ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA EMPRESA

NOME: _____
 CPF: _____
 RG: _____

CARIMBO DA EMPRESA

Consórcio Público Interfederativo de Saúde da

Outros

A QUEM POSSA INTERESSAR:

Solicitamos fornecimento de Cotação de Preços para o Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Feira de Santana - Portal do Sertão que administra a Policlínica Regional de Saúde da Região em Feira de Santana. A planilha de cotação em anexo deverá ser preenchida sem alterações, todos os campos deverão ser preenchidos, deverá ser impressa em papel timbrado, assinada, datada e carimbada.

O documento deverá ser entregue em cópia até o dia **15/01/2021** através do e-mail: comprasconsorciodesaudefsa@hotmail.com e também em original no endereço abaixo:

Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Feira de Santana - Portal do Sertão na Rua São Cosme e Damião nº 500, Bairro Santa Monica I, Feira de Santana-BA CEP: 44.077-744.

Telefone para contato: (75) 3625-8196 / 3622-0094



Rangel Carvalho

Diretor Administrativo/Financeiro

Responsável Técnico Setor de Compras

Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região em Feira de Santana



Consórcio Interfederativo de Saúde - Portal do Sertão
CNPJ: 29.664.289/0001-25

FORMULÁRIO DE COTAÇÃO DE PREÇOS

EMPRESA:			
CNPJ:		CEP:	
ENDEREÇO:			UF:
INSC. MUNICIPAL/ESTADUAL:		CONTATO:	
EMAIL:			

OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NO FORNECIMENTO DE MATERIAIS PARA BIOPSIA DE PROSTATA E MAMA.

ITEM	DESCRIÇÃO	UND	QTD	V.UNIT.	V.TOTAL
1	AGULHA PARA BIÓPSIA DE PRÓSTATA, medindo 18X25, com encaixe para disparador UNIT P1 2.5, embalagem individual em papel grau cirúrgico, contendo externamente dados da identificação, lote e procedência estéril, descartável.	UN	290		-

Rua São Cosme E Damião | 500 | Santa Mônica | Feira de Santana-Ba

consorciportalosertao.ba.ipmbrasil.org.br

Consórcio Público Interfederativo de Saúde da



Consórcio Interfederativo de Saúde - Portal do Sertão
CNPJ: 29.664.289/0001-25

FORMULÁRIO DE COTAÇÃO DE PREÇOS

EMPRESA:					
CNPJ:			CEP:		
ENDEREÇO:				UF:	
INSC. MUNICIPAL/ESTADUAL:			CONTATO:		
EMAIL:					
2	AGULHA PARA BIÓPSIA DE MAMA, medindo 14X10, com encaixe para disparador UNIT P1 2.5, embalagem individual em papel grau cirúrgico, contendo externamente dados da identificação, lote e procedência estéril, descartável.	UN	576	-	
3	AGULHA PARA ANESTESIA DE PRÓSTATA tipo Chiba medindo 18X25, embalagem individual em papel grau cirúrgico, contendo externamente dados da identificação, lote e procedência estéril, descartável.	UM	290	-	
4	CÂNULA ENDOCAVITÁRIA ou GUIA DE BIÓPSIA DESCARTÁVEL, compatível com transdutores Claris 2200 Expert. Serie: C2E 0000145, e compatível com o item 1 (agulha para biópsia de próstata, medindo 18X25, com encaixe para disparador UNIT P1 2.5). Conforme foto em anexo.	UN	290	-	
VALOR TOTAL				R\$	-
VALOR GLOBAL POR EXTENSO:					

JUSTIFICATIVA: A CONTRATAÇÃO SE FAZ NECESSÁRIA PARA GARANTIR A ABERTURA DOS SERVIÇOS DE BIÓPSIAS DE PROSTATA E MAMA PARA OS PACIENTES DE 28 MUNICIPIOS CONSORCIADOS DA POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA-BA .

_____ de _____ de 2021.

Validade da Proposta: 90 (noventa) dias.

ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA EMPRESA

NOME: _____
CPF: _____
RG: _____

CARIMBO DA EMPRESA