



**Governo do Estado de Roraima**  
**Secretaria de Estado da Saúde de Roraima**  
*"Amazônia: patrimônio dos brasileiros"*

## **COMUNICADO DE SOLICITAÇÃO DE COTAÇÃO DE PREÇO E MODELO DE PROPOSTA.**

**A SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE VEM A PÚBLICO COMUNICAR QUE, AS EMPRESAS INTERESSADAS EM COTAR PARA EVENTUAL AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS 1B DOS ITENS DESERTOS E FRACASSADOS, COM A FINALIDADE DE ATENDER AS UNIDADES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, CONFORME ANEXO I - SISTEMA HEMATOPOIÉTICOS DESERTOS E FRACASSADOS.**

**ENVIAR E-MAIL PARA [cotacao.cgplan@saude.rr.gov.br](mailto:cotacao.cgplan@saude.rr.gov.br) OU ENTRAR EM CONTATO COM GERÊNCIA DE COTAÇÃO NA SEDE DA SESAU RUA MADRI 180 AEROPORTO TELEFONE (95)98404-1642. (CONFORME MODELO ABAIXO), ACOMPANHE NOSSO PROCESSOS LICITATORIOS E COMUNICADO DESOLICITAÇÃO DE COTAÇÃO NO SITE DA SESAU, [www.saude.rr.gov.br](http://www.saude.rr.gov.br)**

**LOGO MARCA DA EMPRESA**  
**NOME COMERCIAL DA EMPRESA**  
**CNPJ N**

Ao  
Governo do Estado de Roraima  
Secretaria de Estado da Saúde – SESAU  
Gerencia Especial de Cotação – GEC

**MODELO DA PROPOSTA DE PREÇOS**

**CARIMBO CNPJ N°**

**.PROCESSO SEI N° 20101.006457-2021.30**

Eventual aquisição de **Medicamentos Especializados 1B dos itens Desertos e Fracassados**, com a finalidade de atender as Unidades de média e alta complexidade, conforme Anexo I - Sistema Hematopoiéticos Desertos e Fracassados.

**ANEXO I**

**DESCRIPTIVO E QUANTITATIVO DOS ITENS**

**ESPECIALIZADOS GRUPO 1B**

<b>ITEM</b>	<b>CÓDIGO CATMAT</b>	<b>MEDICAMENTO/APRESENTAÇÃO</b>	<b>UNIDADE</b>	<b>ESTIMATIVA DE CONSUMO ANUAL</b>	<b>VALOR UNITÁRIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
1	309040	Ácido Ursodesoxicólico 300 mg	COMPRIMIDO	5.580		
2	272787	Alfadornase 2,5 mg - 2,5 ml ampola	AMPOLA	3.600		
3	268079	Amantadina 100 mg (por comprimido)	COMPRIMIDO	7.200		
4	404655	Ambrisentana 5 mg	COMPRIMIDO REVESTIDO	1.200		
5	280116	Bosentana 62,5 mg	COMPRIMIDO REVESTIDO	1.800		

6	270143	Bromocriptina 2,5 mg	COMPRIMIDO	33.480		
7	272473	Danazol 100 mg	CÁPSULA	18.000		
8	361382	Deferiprona 500 mg	COMPRIMIDO	18.000		
9	266736	Desferroxamina 500 mg injetável	FRASCO- AMPOLA	2.700		
10	272653	Entacapona 200 mg	COMPRIMIDO	12.600		
11	268110	Hidroxiureia 500 mg	CÁPSULA	18.000		
12	294881	Iloprosta 10 mcg/mL solução para nebulização - ampola de 1 mL	AMPOLA	1.800		
13	305257	Leuprorrelina 3,75 mg injetável	FRASCO- AMPOLA	350		
14	305260	Leuprorrelina 11,25 mg injetável	FRASCO- AMPOLA	9.000		
15	300745	Pancreatina 25.000 UI	CÁPSULA	1.800		
16	284106	Risperidona 1mg/ml	FRASCO	3.960		
17	448616	Sacarato de hidróxido férrico 100 mg injetável - de 5 mL	AMPOLA	2.250		
18	268072	Selegilina 5 mg	COMPRIMIDO	2.700		
19	272847	Tolcapona 100 mg	COMPRIMIDO	8.100		
20	272852	Triexifenidil 5 mg	COMPRIMIDO	3.600		
21	400775	Triptorrelina 3,75 mg injetável	FRASCO AMPOLA	600		
22	400776	Triptorrelina 11,25 mg injetável	FRASCO AMPOLA	600		

## ANEXO II

### MODELO DO TERMO DE COMPROMISSO DE TROCA DO MEDICAMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado(a), portador da cédula de identidade RG \_\_\_\_\_ e inscrito(a) no CPF sob nº \_\_\_\_\_, proprietário legal da empresa \_\_\_\_\_, inscrito no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, localizado no endereço \_\_\_\_\_ ME COMPROMETO a efetuar a troca que não forem consumidos até que o prazo de validade expire, junto a Secretaria de Estado da Saúde – SESAU/RR.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente, para que surta seus legais e jurídicos efeitos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do proprietário e/ou representante legal

Obedecendo a INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 73, DE 5 DE AGOSTO DE 2020

**Art. 4º Na pesquisa de preços, sempre que possível, deverão ser observadas as condições comerciais praticadas, incluindo prazos e locais de entrega, instalação e montagem do bem ou execução do serviço, formas de pagamento, fretes, garantias exigidas e marcas e modelos, quando for o caso.**

VALIDADE DE 180 DIAS.

Favor mencionar: a) Dados cadastrais; b) Marca do equipamento; c) Prazo de entrega; d) demais impostos e custos, deverão ser inclusos; e) Assinatura e data.

\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e Carimbo do Representante Legal)