



FUNDAÇÃO MÉDICO ASSISTENCIAL DO TRABALHADOR RURAL DE ITARANA
CNPJ 31.475.478/0001-00

SEGUNDA COTAÇÃO DE PREÇO
TERMO DE FOMENTO Nº: 001/2026
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº: 2026-NFNC8

A Fundação Médico Assistencial do Trabalhador Rural de Itarana, situada na Rua Paschoal Marquez, nº 300, Centro, Itarana, ES CEP 29620-000, tel. (27)99249-4370, e-mail: farmaciahospitalarfmatr@gmail.com, site: <https://www.hsb.org.br> solicita a cotação prévia de preço, conforme o plano de trabalho do Termo de Fomento nº 001/2026 celebrado entre o Estado do Espírito Santo por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde e a Fundação Médico Assistencial do Trabalhador Rural de Itarana. **Ganhará a empresa que cotar o menor preço de acordo com Plano de Trabalho Anexo I.** Essa cotação será para aquisição de material e medicamentos hospitalares.

Prazo para apresentação das propostas:

As empresas interessadas em participar do processo de cotação deverão enviar sua proposta de acordo com as instruções contidas no presente documento para o e-mail farmaciahospitalarfmatr@gmail.com até as oito horas do dia 11/06/2026. Qualquer dúvida ligar para o telefone (27) 99249.4370.

Instruções e Condições Gerais:

A proposta deverá ser elaborada em papel timbrado da empresa, contendo necessariamente as seguintes informações:

- Razão Social e Nome Fantasia
- Endereço Completo
- Carimbo com o CNPJ
- Nome do representante legal
- Proposta comercial contendo preço unitário.
- Assinatura do representante legal da empresa
- Nos preços propostos deverão estar inclusas todas às despesas concernentes ao fornecimento dos materiais e medicamentos, tais como: os custos de execução, dentre eles, contribuições e obrigações sociais, trabalhistas e previdenciárias, administrativos, comerciais, impostos, taxas, seguros, transportes, embalagens, bem como todos os outros custos relacionados aos demais serviços de apoio, os quais não acrescentarão ônus à FMATRI - DECLARAÇÃO (MODELO ANEXO II).



FUNDAÇÃO MÉDICO ASSISTENCIAL DO TRABALHADOR RURAL DE ITARANA
CNPJ 31.475.478/0001-00

INSTRUÇÕES E CONDIÇÕES GERAIS PARA EMPRESA GANHADORA:

Para participar, a empresa deverá estar em dia com suas obrigações fiscais e trabalhistas

Precisa enviar a declaração (ANEXO III) devidamente assinada e carimbada;

Os medicamentos e os materiais fornecidos deverão ter validade de no mínimo **12 (doze)** meses a contar da data da entrega;

DOS PRAZOS, DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E DO LOCAL DE ENTREGA DO OBJETO DA COTAÇÃO

1. O objeto da cotação será de entrega imediata e integral, ou seja, deverá ocorrer em até **15 (quinze) dias corridos a partir do recebimento da Ordem de Fornecimento** emitida pelo Presidente da FMATRI para entrega de **todos** os medicamentos e materiais.
2. O local de entrega dos medicamentos e dos materiais é a sede da FMATRI localizada na Rua Paschoal Marquez, nº 300, Centro, Itarana/ES, CEP: 29.620-000, de **segunda a sexta-feira no horário das 08:00h às 16h.**
3. A FMATRI realizará o pagamento por meio de ordem bancária, creditada na conta corrente do proponente contratado, no prazo de 10 (dez) dias úteis, contado do recebimento definitivo do objeto e da apresentação do documento fiscal correspondente.
4. O recebimento será provisório para efeito de posterior verificação da conformidade dos medicamentos e dos materiais com a especificação e ocorrerá definitivamente somente após o parecer dos representantes da FMATRI, atestando a fidelidade entre os objetos fornecidos, especialmente, no que tange a quantidade, unidade, especificação, preço e validade, e sua conformidade com o documento fiscal apresentado além dos critérios abaixo alinhados
 - a. Em caso de algum tipo de irregularidade verificada, os medicamentos e os materiais serão devolvidos, ficando a retirada do medicamento e do material e o custo do transporte por conta do proponente, sem prejuízo das providências legais cabíveis;
 - b) Caso insatisfatórias as verificações acima, lavrar-se-á um Termo de Recusa, no qual se consignarão as desconformidades com as especificações. Nesta hipótese, o produto em questão, será rejeitado, devendo ser substituído e reapresentado, quando se realizarão novamente as verificações;



FUNDAÇÃO MÉDICO ASSISTENCIAL DO TRABALHADOR RURAL DE ITARANA
CNPJ 31.475.478/0001-00

- c) Caso a substituição não ocorra no prazo estipulado ou o novo produto também seja rejeitado, estará o proponente incorrendo em atraso na entrega, sujeito à aplicação de sanções;
- d) Os custos da substituição do produto rejeitado correrão exclusivamente à conta do proponente;
- e) A simples assinatura de funcionário da FMATRI em canhoto de fatura ou conhecimento de transporte implica apenas recebimento provisório.

A nota fiscal deverá conter o mesmo CNPJ e razão social apresentados nos documentos de habilitação bem como a seguinte identificação: **TERMO DE FOMENTO N°:001/2026 - PROCESSO ADMINISTRATIVO N°: 2026-NFNC8.**

Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura ou dos documentos pertinentes ao fornecimento, ou, ainda, circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará pendente até que o proponente providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a FMATRI.

O descumprimento, pela empresa COMPROMISSÁRIA, não lhe gera direito a alteração de preços ou compensação financeira.

A FMATRI não se responsabilizará por qualquer despesa que venha a ser efetuada pelo proponente, que porventura não tenha sido verificada na cotação.

A FMATRI poderá deduzir do pagamento importâncias que a qualquer título lhe forem devidas pelo proponente, em decorrência de descumprimento de suas obrigações (multas, ressarcimentos ou indenizações).

Para efeitos de recebimento definitivo do objeto o proponente deverá apresentar nota fiscal/fatura do fornecimento, em uma única via, emitida sem emendas, rasuras ou qualquer outra circunstância que dificulte seu entendimento, e entregue na sala da administração da FMATRI, com a finalidade de subsidiar a liquidação e o pagamento.

A FMATRI não se responsabilizará por qualquer despesa que venha a ser efetuada pelo proponente.

Ismar Luiz Follador
Presidente da Fundação



FUNDAÇÃO MÉDICO ASSISTENCIAL DO TRABALHADOR RURAL DE ITARANA
CNPJ 31.475.478/0001-00

ANEXO I

FMATRI
COTAÇÃO PRÉVIA DE PREÇO

TABELA DETALHADA DE DESCRIÇÃO DO OBJETO

Tabela detalhada de descrição do objeto em consonância com o Termo de Fomento nº001/2026, firmado entre a FMATRI e o Governo do Estado do Espírito Santo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde- SESA, PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº2026-NFNC8.

Item	Especificação	Unidade	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1.7	Cetoprofeno IV 100mg;	UNIDADE	800	R\$ 4,18	R\$ 3.344,00
1.8	Buscopan composto INJ 5ml;	UNIDADE	800	R\$ 1,75	R\$ 1.400,00
1.12	Cloreto de sódio 0,9% 100ml sistema fechado;	UNIDADE	2000	R\$ 3,60	R\$ 7.200,00
1.13	Cloreto de sódio 0,9% 250ml sistema fechado;	UNIDADE	1000	R\$ 4,13	R\$ 4.130,00
1.16	Algodão rolo 500g;	UNIDADE	100	R\$ 15,26	R\$ 1.526,00
1.17	Luva nitrílica P;	CAIXA	125	R\$ 19,99	R\$ 2.498,75
1.18	Luva nitrílica M;	CAIXA	53	R\$ 18,35	R\$ 972,55

Ismar Luiz Follador
Presidente da Fundação



FUNDAÇÃO MÉDICO ASSISTENCIAL DO TRABALHADOR RURAL DE ITARANA
CNPJ 31.475.478/0001-00

ANEXO II
MODELO DE PROPOSTA
(utilizar, se possível, papel timbrado da empresa proponente)

À
COMISSÃO DE COTAÇÃO
FMATRI
COTAÇÃO PRÉVIA DE PREÇOS

CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA COMERCIAL

Prezados Senhores,

Apresentamos a Vossas Senhorias, em anexo, nossa proposta para **fornecimento de materiais médico-hospitalar e medicamentos**, pelo valor de **R\$ _____ (valor por extenso)**, já incluídas todas as despesas concernentes ao fornecimento, tais como os custos de execução, dentre eles, contribuições e obrigações sociais, trabalhistas e previdenciárias, administrativos, comerciais, impostos, taxas, seguros, transportes, embalagens, bem como todos os outros custos relacionados aos demais serviços de apoio, os quais não acrescentarão ônus à FMATRI.

O prazo de validade de nossa proposta é de **15 (quinze dias) corridos**, contados da data de sua apresentação.

Declaramos que estamos de pleno acordo com todas as condições estabelecidas na cotação e seus Anexos, bem como aceitamos todas as obrigações especificadas.

Caso nos seja devidamente homologado e adjudicado o objeto da Cotação, comprometemo-nos a executar o serviço no prazo e condições estabelecidas neste ato convocatório.

Nome do Município /UF, ____ de _____ de _____.

**Identificação (Razão social do proponente)
e assinatura do Responsável**



FUNDAÇÃO MÉDICO ASSISTENCIAL DO TRABALHADOR RURAL DE ITARANA
CNPJ 31.475.478/0001-00

ANEXO III

(utilizar, se possível, papel timbrado da empresa proponente)

À
COMISSÃO DE COTAÇÃO
FMATRI
COTAÇÃO PRÉVIA DE PREÇOS

DECLARAÇÃO DA PROPOSTA DE PREÇOS

DECLARAÇÕES

1. Declaramos que observaremos integralmente as normas existentes e aplicáveis quanto à comercialização de medicamentos;
2. Declaramos concordar com o prazo de 15 (quinze) dias corridos a partir da Ordem de Fornecimento emitida pelo Presidente da FMATRI para a entrega dos objetos;
3. Declaramos que os medicamentos a serem entregues deverão apresentar na embalagem a data de fabricação, data de vencimento, registro na ANVISA e selo de controle de qualidade além de serem embalados e transportados adequadamente de forma a assegurar a sua qualidade;
4. Declaramos que os objetos cotados estão registrados no Ministério da Saúde ou aqueles que sejam isentos desse registro faremos a devida comprovação por ocasião da entrega. Que a FMATRI poderá consultar junto ao Ministério da Saúde a veracidade dos dados;
5. Declaramos que os objetos fornecidos terão validade de no mínimo 12 (doze) meses a contar da data da entrega;
6. Declaramos ter ciência de que nossa empresa fica obrigada a trocar às suas expensas, imediatamente, o medicamento que vier a ser recusado por apresentar defeito, fora do prazo de validade ou for entregue em desacordo com o apresentado na proposta e fora dos padrões da ANVISA;
7. Declaramos que a nossa empresa garantirá a qualidade dos medicamentos pelo prazo estabelecido pelo fabricante;
8. Declaramos que a empresa estar em dia com suas obrigações fiscais e trabalhistas.

Nome do Município /UF, ____ de _____ de _____.

Identificação (Razão social do proponente)
e assinatura do Responsável