



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
Avenida Senador Filinto Muller, nº 355 - Bairro Vila Ipiranga
Campo Grande-MS, CEP 79080-190
- <http://humap-ufms.ebserh.gov.br>

Edital - SEI

Processo nº 23538.005960/2025-60

Interessado: @interessados_virgula_espaco@

Ao Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian-HUMAP/UFMS

Ref. ao PE: 90.0XX/2025

A empresa (razão social da licitante) inscrita no CNPJ nºxx.xxx.xxx/xxxx-xx, com sede na (endereço completo), por intermédio de seu representante legal, o(a) (nome do representante legal), infra-assinado, para os fins do **Pregão 90.049/2025**, apresenta a seguinte proposta de preço:

PROCESSO ADM. Nº 23538.005960/2025-60 - PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90.049/2025

GRUPO ÚNICO	ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE FORNECIMENTO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
	1	Reagente diagnóstico clínico, conjunto completo para automação para análise de gasometria. Parâmetros: ao menos pH, pressão de gás carbônico (pCO2), pressão de oxigênio (pO2), sódio (Na+), potássio (K+), cálcio iônico (Ca++), Cloreto (Cl) e metabólitos (lactato e glicose), Saturação de Oxigênio (SO2%), hemoglobina e hematócrito. Componente adicional: Bicarbonato (HCO3) e excesso de Base	TESTE	30.000		
	2	Locação de 4 (quatro) gasômetros automatizados para realização de exames de gasometria	MÊS	12		
	TOTAL					

- Validade da proposta: **não será inferior a 90 (noventa) dias**, a contar da data de sua apresentação.
- Prazo de entrega: Conforme Termo de Referência;
- Especificar detalhadamente cada item licitado: indicar, no que for aplicável, **prazo de validade** ou de **garantia**, **marca**, **fabricante**, **embalagem**, **procedência** (para os importados indicar o país de origem), **número de registro no ministério da saúde**, e outros elementos;
- Telefone:** (xx) xxxx-xxxx;
- Em-mail:** (fundamental para o envio da Nota de Empenho);
- Banco:** (xxxxx);

- **Agência:** (xxxxx);
- **Nº da Conta Corrente:** (xxxxx);
- **Informar o nome do responsável pela assinatura da ARP, RG e CPF:** _____

Ciente e de Acordo com os termos estabelecidos no Edital e seus anexos

_____, ____ de _____ de 2025

Assinatura de representante legal



Documento assinado eletronicamente por **Maycon Calvis Dos Santos, Assistente Administrativo**, em 27/05/2025, às 16:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **49884607** e o código CRC **6229F4EA**.