Município de Jacareí
CNPJ: 46.694.139/0001-83
Secretaria de Administração e Recursos Humanos
Unidade de Compras

Jacareí, 11 de junho de 2026

Sr. Fornecedor favor cotar os itens abaixo o mais breve possível. Favor ainda preencher todos os campos abaixo mencionados. Caso haja dificuldade em orçar os itens solicitados, favor entrar em contato.

ITEM	QTDE	UND	DESCRIÇÃO	MARCA	PREÇO UNITÁRIO	PREÇO TOTAL
1	120	Unid	Protetor cutâneo não citotóxico, sem adição de álcool, composto por solução poliméríAca e plastificante que formam um filme uniforme e transparente sobre a pele, com embalagem de 28 ml – frasco, spray, unidade;	Coloplast Brava Spray Barreira	R$ 100,00	R$ 12.000,00
2	120	Unid	Liberador/removedor líquido de adesivo cutâneo 50 ml - frasco, spray	Coloplast Brava Removedor Spray	R$ 65,00	R$ 7.800,00
3	120	Unid	Anel moldável plano hidrocolóide com CMC para proteção cutânea, preenchimento de cavidade e absorção de umidade, moldável, tamanho de 2,0mm aproximadamente	Coloplast Brava Anel Moldável	R$ 14,90	R$ 1.788,00
4	120	Unid	Mini Cap 25/ 55mm Protetor de estoma, com filtro de carvão ativado, com plástico anti-odor, atóxico, hipoalergênico e macio, opaco, com protetor absorvente interno, com barreira, de resina sintética (no mínimo c/carboximetilcelulose sódica) em espiral, mínimo 1,5 cm, recortável, de no mínimo 20mm e no máximo de 55mm, composta de 1 peca, adulto (menor que a bolsa fechada convencional)	Colplast Alterna	R$ 29,90	R$ 3.588,00
5	2	kit	Sistema de irrigação composto por bolsa irrigadora com capacidade para 02 litros, com graduação visual, com regulador de fluxo de água, cone em material flexível, 2 mangas drenadoras com anel plástico e flange de 60mm. Compatíveis com as mangas para fixação do cinto - kit/conjunto	Coloplast Sistema de Irrigação	R$ 720,00	R$ 1.440,00
				VALOR TOTAL	R$	26.616,00

PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO:	25 DFS (Dias Fora a Semana após entrega da Nota Fiscal)
PRAZO DE ENTREGA/EXECUÇÃO:	Até 15 dias, contados a partir do receb. Da A.F
VALIDADE DA PROPOSTA:	30 dias (mínino)
PRAZO DE GARANTIA PRODUTO/SERVIÇO:	12 meses
RESPONSÁVEL PELA PROPOSTA:	Ararê Pereira da Costa Júnior

DADOS DO FORNECEDOR

RAZÃO SOCIAL:	Aramed Comercial Hospitalar Ltda
CNPJ:	24.479.444/0001-10
ENDEREÇO:	AV. Andrade Neves, 295- 11º Andar- SL 111
CIDADE:	Campinas
ESTADO:	São Paulo
CEP:	13.013-160
TELEFONE:	(19) 3201- 2926
E-MAIL:	Licitacao@aramed.com.br
IE:	795.702.069.116
NOME COMPLETO DO SÓCIO PROPRIETÁRIO:	Ararê Pereira da Costa Júnior
CPF:	023.381.968-13

DADOS BANCÁRIOS PESSOA JURÍDICA (Tem que ser em nome da empresa)

NOME DO BANCO:	BANCO DO BRASIL
NÚMERO DO BANCO:	1
AGÊNCIA:	2913-0
NÚMERO DA AGÊNCIA:	2913-0
CONTA CORRENTE NÚMERO/DV:	114.975-X

24 479 444 / 0001 - 10
ARAMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
Avenida Andrade Neves, 295 - 11° andar
Salas: 111 - 112 - 133 - 134
Centro - CEP 13013-160
CAMPINAS - SP

ARAMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA:24479444000110

Assinado de forma digital por ARAMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA:24479444000110
Dados: 2026.06.11 14:46:39 -03'00'