**PROCESSO DE COMPRA DIRETA - DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 22/2025 – SMS**

**SOLICITAÇÃO DE COTAÇÃO DE PREÇOS - CONTRATAÇÃO POR DISPENSA DE LICITAÇÃO**

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde de Angelina – Fundo Municipal de Saúde.

Assunto: Pesquisa de Preços - Abertura de Processo de Dispensa de Licitação, em conformidade/atendimento ao disposto no inciso II art. 72 da Lei N° 14.133/2021 e os Decretos Municipais Nº 03/2024 e 64/2024.

**A Secretaria Municipal de Saúde de Angelina**, em conformidade com inciso IV do *§ 1º* do art. 23 da Lei Federal N° 14.133/2021 solicita aos fornecedores a cotação direta para *“” Contratação/fornecimento para a aquisição por dispensa de licitação de material médico hospitalar/ equipamento, conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas neste Aviso de Dispensa, nos termos descritos no DFD Nº 22/2025 – SMS””,* conforme especificações/condicionantes elencadas abaixo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DESCRIÇÃO | UNIDADE | QUANTIDADE |
| ESCADA 2 DEGRAUS 40X40X40 CM ANTIDERRAPANTE INOX | UN | 01 |
| DIVA EXAMES ADULTO ESTOFADO PRETO INOX | UN | 01 |
| MESA GINEGOLÓGICA ESTOFADA PINTADA 1,70X0,5X0,80CM  | UN | 01 |

1. Limite para apresentação da Proposta de Preços*: 10/06/2025, às 15:00 horas,* estagio após o qual será provida a escolha da proposta mais vantajosa.
2. Do Contrato:Instrumento Contratual: *Dispensado – Emissão de AF.*

 Vigência: 30 (trinta*) dias, a partir da data da homologação/adjudicação do processo de dispensa.* Local da Entrega dos Produtos: *Rua Manoel Duarte, nº10, centro de Angelina, Secretaria de Saúde.*

Data da Entrega/Disponibilização dos Produtos: *conforme solicitação do interessado.*

 Pagamento: *Até 30 (trinta) dias após emissão da NF/Entrega/Fornecimento.*

1. Da Habilitação da Empresa: *Devem ser apresentados os seguintes documentos por parte da empresa vencedora:*
2. *Prova de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ)*
3. *Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Federais, à Dívida Ativa da União e às contribuições previdenciárias e de terceiros;*
4. *Certidão Negativa de Débitos Estaduais, da sede do proponente;*
5. *Certidão Negativa de Débitos Municipais, da sede do proponente;*
6. *Certidão Negativa do FGTS, da sede do proponente;*
7. Maiores informações poderão ser obtidas diretamente através do telefone (48)984245605 ou email saude@angelina.sc.gov.br

 Angelina/SC, 06 de Junho de 2025

**TATIANA SCHERER MARTINS**

 **Secretaria Municipal de Saúde**