

DIÁRIO
OFICIAL



Prefeitura Municipal
de
Esplanada



ÍNDICE DO DIÁRIO

AVISO

AVISO DE TERMO ADITIVO

OUTROS

PEDIDO DE COTAÇÃO DE PREÇOS



AVISO DE TERMO ADITIVO



ESTADO DA BAHIA
Prefeitura Municipal de Esplanada
CNPJ Nº 13.885.231/0001-71

SEXTO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 243/2022

O Prefeito Municipal de Esplanada, no uso de suas atribuições, torna público o SEXTO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 243/2022. **Objeto: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ENGENHARIA NA EXECUÇÃO DA REFORMA DO TERMINAL RODOVIÁRIO DE ESPLANADA, COM FORNECIMENTO DE MÃO DE OBRA E MATERIAL NO MUNICÍPIO DE ESPLANADA/BA, CONFORME CONVÊNIO Nº 625/2022, FIRMADO COM A COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO URBANO DO ESTADO DA BAHIA - CONDER.** Vigência: 22/02/2025 à 21/10/2025. Fornecedor: **WL CONSTRUTORA LTDA, inscrito no CNPJ Nº. 34.085.282/0001-99.** Data: 19/02/2025. Fundamentação: artigo 57 da Lei Federal de Licitações e suas alterações posteriores. **JOSÉ NAUDINHO ALVES DOS SANTOS. Prefeito Municipal de Esplanada.**

Praça Monsenhor Zacarias Luz, Centro Administrativo,
Esplanada-BA, CEP 48.370-000, (75) 3413-7500

Certificação Digital: 34YVDLE2-OSZ7HKFX-BN6LL6SF-PGADU5ZC

Versão eletrônica disponível em: <https://doem.org.br/ba/esplanada>



PEDIDO DE COTAÇÃO DE PREÇOS



ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPLANADA
CNPJ nº: 13.885.231/0001-71

PEDIDO DE COTAÇÃO DE PREÇOS

Prezado (a) Senhor (a),

Pelo presente, vimos solicitar cotação de preços no prazo de 03 (três) dias úteis, até às 17h do dia 14.03.2025, sendo o objeto à **Contratação de Empresa para Fornecimento de Medicamento de Imunoglobina Anti Rh (D)**, visando atender as demandas de diversas Secretarias do município de Esplanada – Bahia.

E-mail para envio da Cotação de Preços: setordecompras.pme.cotacoes@gmail.com;

Certos de contarmos com vossa prestimosa colaboração, desde já agradecemos a atenção dispensada.

Centro Administrativo de Esplanada
Depto. de Compras



COTAÇÃO DE PREÇOS PARA CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO DE IMUNOGLOBINA ANTI RH (D), VISANDO ATENDER AS DEMANDAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICÍPIO DE ESPLANADA-BAHIA, EXERCÍCIO 2025.

EMPRESA:	FONE/FAX:
ENDEREÇO COMERCIAL:	CONTATO:
CEP:	CNPJ:
INSCRIÇÃO ESTADUAL:	PRAZO PARA ENTREGA:
VALIDADE DA PROPOSTA:	

PREÇOS E CONDIÇÕES OFERECIDAS PELA PROPONENTE

ITEM	DESCRIÇÃO DETALHADA	UND	QTDE	MARCA	VALOR UNIT. R\$:	VALOR TOTAL R\$:
01	IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-D. SOLUÇÃO INJETÁVEL DE 300 MCG/2ML: EMBALAGEM CONTENDO 01 (UMA) SERINGA PREENCHIDA COM 2 ML DE SOLUÇÃO INJETÁVEL.	UND	60			

VALOR TOTAL DA PROPOSTA

DECLARAMOS QUE NO PREÇO OFERTADO ESTÃO INCLUSAS TODAS AS DESPESAS NECESSÁRIAS AO FORNECIMENTO DO OBJETO DESTA COTAÇÃO DE PREÇOS, SENDO DE NOSSA EXCLUSIVA RESPONSABILIDADE TODAS AS DESPESAS, COMO TRANSPORTE, ALIMENTAÇÃO, TRIBUTOS, EMOLUMENTOS, CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS, FISCAIS, PARAFISCAIS, SEGUROS E OUTRAS NÃO ESPECIFICADAS E QUE ESTAMOS CIENTES DE QUE NÃO CABE QUAISQUER REIVINDICAÇÕES DEVIDAS A ERROS NESTA AVALIAÇÃO.

NOME COMPLETO DO PROPONENTE	CPF/CNPJ
FUNCIÓNÁRIO / CONTATO	
TELEFONE	
LOCAL	
DATA ____ / ____ / ____	