

*DIÁRIO*  
**OFICIAL**



*Prefeitura Municipal*  
*de*  
***Esplanada***



## ÍNDICE DO DIÁRIO

### PORTARIA

PORTARIA Nº 007/2024 - SESAU .....

PORTARIA Nº 008/2024 - SESAU .....

### OUTROS

PEDIDO DE COTAÇÃO DE PREÇOS.....



**PORTARIA Nº 007/2024 - SESAU**



ESTADO DA BAHIA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPLANADA  
CNPJ - 13.885.231/0001-71  
Secretaria Municipal de Saúde

**PORTARIA Nº 007/2024 - SESAU**

**PORTARIA Nº 007/2024 DE 26 DE ABRIL DE 2024**

"DISPÕES SOBRE A DESIGNAÇÃO DE INTERLOCUTOR MAPEAMENTO".

**A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ESPLANADA**, Estado da Bahia, no uso de suas atribuições legais e constitucionais,

**RESOLVE:**

**Art. 1º** - Designar como Interlocutor Mapeamento o Servidor Dicson Pereira de Oliveira, matrícula funcional nº 2156, ACE lotado na VIEP, estando de acordo com o plano de cargos e carreiras dos Servidores efetivos e estáveis na função de ACS e ACE, requisitos na forma da Lei nº 1024 de 2024.

**Art. 2º** - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Nila Catarine Santos Cardial  
Secretária de Saúde  
Decreto: 105/2024

**Nila Catarine Santos Cardial**  
**Secretária Municipal de Saúde**  
Decreto nº 105/2022

---

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



**PORTARIA Nº 008/2024 - SESAU**



ESTADO DA BAHIA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPLANADA  
CNPJ - 13.885.231/0001-71  
Secretaria Municipal de Saúde

**PORTARIA Nº 008/2024 - SESAU**

**PORTARIA Nº 008/2024 DE 26 DE ABRIL DE 2024**

"DISPÕES SOBRE A DESIGNAÇÃO DE INTERLOCUTOR MAPEAMENTO".

**A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ESPLANADA**, Estado da Bahia, no uso de suas atribuições legais e constitucionais,

**RESOLVE:**

**Art. 1º** - Designar como Interlocutor Mapeamento o Servidor Maurites da Silva Amorim, matrícula funcional nº 1607, ACE lotado na VIEP, estando de acordo com o plano de cargos e carreiras dos Servidores efetivos e estáveis na função de ACS e ACE, requisitos na forma da Lei nº 1024 de 2024.

**Art. 2º** - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Nila Catarine Santos Cardial  
Secretária de Saúde  
Data: 10/05/2024

**Nila Catarine Santos Cardial**  
**Secretária Municipal de Saúde**  
Decreto nº 105/2022

---

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



## 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 se possível no prazo de 03 (três) dias úteis, até às 14h do dia 03.05.2024 a contar da publicação deste, sendo objeto, **Contratação de Empresa para Fornecimento de Medicamento de Imunoglobina Anti Rh (D)**, visando atender as demandas que serão realizadas pelas Secretaria Municipal de Saúde do Município Esplanada – Bahia.

E-mail para envio da Cotação de Preços: [setordecompras.pme.cotacoes@gmail.com](mailto:setordecompras.pme.cotacoes@gmail.com);

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

Prefeitura Municipal de Esplanada  
Depto. de Compras



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



**COTAÇÃO DE PREÇOS PARA FUTURA E EVENTUAL CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO DE IMUNOGLOBINA ANTI RH (D), EM ATENDIMENTO DAS DEMANDAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ESPLANADA, ANO EXERCICIO 2024.**

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

**PREÇOS E CONDIÇÕES OFERECIDAS PELA PROPONENTE**

ITEM	DESCRIÇÃO DETALHADA	UND	QTDE	MARCA	VALOR UNIT. R\$:	VALOR TOTAL R\$:
01	MATERGAM, IMUNOGLOBULINA ANTI-RH (D). SOLUÇÃO INJETÁVEL DE 300 MCG: EMBALAGEM COM 1 AMPOLA DE 1,5 ML.	AMP	40			

**VALOR TOTAL DA PROPOSTA R\$:**

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
FUNCIONÁRIO / CONTATO	
TELEFONE	
LOCAL	
DATA: ____ / ____ / ____	