

AVISO DE DISPENSA
Protocolo: 2025002335

Artigo 75, § 3º da Lei nº 14.133/2021

A Prefeitura Municipal de Catalão, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE PROMOÇÃO E AÇÃO SOCIAL**, por meio de sua interina, Neusimar Teodora da Silva Rios, em obediência ao Artigo 75, § 3º da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, vem, por meio do presente, tornar pública a **manifestação de interesse da Secretaria em obter propostas adicionais de eventuais interessados em “FORMULAS LEITE E MEDICAMENTOS PARA SEREM UTILIZADOS PELOS MORADORES DA MORADA DA CRIANÇA E ABRIGO DO IDOSO**

”.

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE
1	70315- Leite nan confort 2 800g	UNIDADE	20
2	70300- leite nan supreme 1 800 g	UNIDADE	20
3	74399 – LEITE APTAMIL 2 800 GRAMAS	UNIDADE	15
4	74400 – ENSURE PO MORANGO 850 G	UNIDADE	20
5	FRALDA MONICA JUMBO M	UNIDADE	20
6	FRALDA ONICA JUMBO G	UNIDADE	30

Os orçamentos deverão ser enviados para o endereço eletrônico: acaosocial@catalao.go.gov.br até o dia 30 de janeiro de 2025, de acordo com o Modelo de Proposta em anexo.

Catalão (GO) aos,27 de janeiro de 2025.

Neusimar Teodora da Silva Rios
Secretária de Promoção e Ação Social
Decreto nº 15 de 01 de Janeiro de 2025. *(Documento Original Assinado)*

ANEXO I

PROPOSTA COMERCIAL

À Prefeitura Municipal de Catalão

Apresentamos a nossa proposta de preços, detalhada na planilha abaixo, para FORMULAS LEITE E MEDICAMENTOS PARA SEREM UTILIZADOS PELOS MORADORES DA MORADA DA CRIANÇA E ABRIGO DO IDOSO conforme especificação constante do Aviso de Dispensa Protocolo 2025002335, estando Cientes dos prazos para cumprimento do objeto, que estão previstos no mesmo. Para tanto, nos propomos a fornecer os materiais listados pelos preços unitários constantes da planilha de quantitativos anexa e pelo preço global de R\$ _____, _____ (_____).

Anexar: Contrato Social, Documento dos Sócios, declaração que não emprega menores de 14 anos, certidões negativas: municipal, estadual, federal, trabalhista e fgts)

Dados da Empresa

Razão Social: _____ ;
CNPJ n.º: _____ ;
Endereço Completo: _____ ;
Fone: _____ ;
E-mail: _____ ;
Site ou similar: _____ ;
Conta Bancária/Agência/Banco: _____ ;
Razão Social _____ ;
Responsável e Administrador: _____ ;

Obs.: Usar formatação oficial da empresa que a identifique

Catalão (GO) aos, ___ de _____ de 2025.

Assinatura do Responsável

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE
1	70315- Leite nan confort 2 800g	UNIDADE	20
2	70300- leite nan supreme 1 800 g	UNIDADE	20
3	74399 – LEITE APTAMIL 2 800 GRAMAS	UNIDADE	15
4	74400 – ENSURE PO MORANGO 850 G	UNIDADE	20
5	FRALDA MONICA JUMBO M	UNIDADE	20
6	FRALDA ONICA JUMBO G	UNIDADE	30