



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

Rua Marques da Cruz, 61
Centro
São Pedro da Aldeia - RJ

Anexo III - Planilha de Proposta de Preço

Nome da Firma ou Razão Social: _____ Un. Gestora: FMS
Data: _____ Processo Adm: 7245/2021
Endereço: _____ Nº Edital: 58/2022
CNPJ: _____ Data: 10/10/2022
Inscrição Estadual: _____ Horário: 09:00
Inscrição Municipal: _____
Agência: _____ Banco: _____ C/C: _____

Objeto: Para aquisição de medicamentos, a fim de suprir as necessidades da Farmácia Básica Municipal pelo período de 12 meses.

Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
1	ACEBROFILINA 5MG/ML 120 ML	FR	_____	1.000,00	_____	_____
	Descr					
2	ACETILCISTEÍNA ADULTO 40MG/ML 120 ML	FR	_____	1.500,00	_____	_____
	Descr					
3	ACETILCISTEÍNA INFANTIL 20 MG/ML 100 ML	FR	_____	1.500,00	_____	_____
	Descr					
4	ACICLOVIR COMPRIMIDO 200 MG COM CT VL AL PLAS INC X 25	CO	_____	5.000,00	_____	_____
	Descr					
5	ACICLOVIR CREME DERMATOLÓGICO 50MG/G TUBO 10G	TU	_____	800,00	_____	_____
	Descr					
6	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100MG COM CT BL AL PLAS INC X 100 (EMB. HOSP)	CO	_____	120.000,00	_____	_____
	Descr					
7	ÁCIDO ASCÓRBICO 500MG COM CT ENV AL POLIET X 200	CO	_____	12.000,00	_____	_____
	Descr					
8	ÁCIDO ASCÓRBICO GOTAS 20 ML	FR	_____	2.000,00	_____	_____
	Descr					
9	ÁCIDO FÓLICO 5MG COM CT BL X 100	CO	_____	80.000,00	_____	_____
	Descr					
10	ÁCIDO VALPROICO 250 MG CAP CT FR VD AMB X 25	CO	_____	20.000,00	_____	_____
	Descr					
11	ÁCIDO VALPROICO 250 MG/5ML	FR	_____	1.000,00	_____	_____
	Descr					
12	ÁCIDO VALPRÓICO 300 MG COM REV CT FR VD AMB X 25	CO	_____	12.000,00	_____	_____
	Descr					
13	ÁCIDO VALPRÓICO 500 MG COM REV CT FR VD AMB X 40	CO	_____	15.000,00	_____	_____
	Descr					
14	ACIDOS GRAXOS 100ML (ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS, COMPOSIÇÃO: COMPOSTO DOS ÁCIDOS CAPRÍLICO, CÁPRICO, LÁURICO, COMPONENTES: LINOLÉICO, LECITINA DE SOJA, APRESENTAÇÃO: ASSOCIADOS COM VITAMINAS "A" E "E", TIPO: LOÇÃO OLEOSA)	FR	_____	12.000,00	_____	_____
	Descr					
15	ALBENDAZOL 400MG COM MAST CT BL AL PLAS INC X 100 (EMB FRAC)	CO	_____	5.000,00	_____	_____
	Descr					

Assinatura/Carimbo do Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

Rua Marques da Cruz, 61
Centro
São Pedro da Aldeia - RJ

Anexo III - Planilha de Proposta de Preço

Nome da Firma ou Razão Social: _____	Un. Gestora: FMS
Data: _____	Processo Adm: 7245/2021
Endereço: _____	Nº Edital: 58/2022
CNPJ: _____	Data: 10/10/2022
Inscrição Estadual: _____	Horário: 09:00
Inscrição Municipal: _____	
Agência: _____ Banco: _____ C/C: _____	

Objeto: Para aquisição de medicamentos, a fim de suprir as necessidades da Farmácia Básica Municipal pelo período de 12 meses.

Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
16	ALBENDAZOL SUSPENSÃO 40 MG/10 ML SUS OR CX 100 FR V D AMB X 10ML (EMB HOSP)	FR	_____	3.000,00	_____	_____
Descr	_____					
17	ALENDRONATO DE SÓDIO 70MG COM REV CT BL AL/AL X 4	CO	_____	2.000,00	_____	_____
Descr	_____					
18	ALOPURINOL 100MG COM CT AL PLAS INC X 600 (EMB HOSP)	CO	_____	12.000,00	_____	_____
Descr	_____					
19	ALOPURINOL 300MG COM CT AL PLAS INC X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	10.000,00	_____	_____
Descr	_____					
20	ALPRAZOLAM 0,5MG COM CT STRIP AL/AL X 30	CO	_____	10.000,00	_____	_____
Descr	_____					
21	ALPRAZOLAM 1MG COM CT BL AL PLAS INC X 20	CO	_____	10.000,00	_____	_____
Descr	_____					
22	ALPRAZOLAM 2MG COM CT BL AL PLAS INC X 30	CO	_____	12.000,00	_____	_____
Descr	_____					
23	AMINOFILINA 100MG COM 500CP	CO	_____	2.000,00	_____	_____
Descr	_____					
24	AMIODARONA 200MG COM CX BL AL PLAS INC X 500 (EMB HO SP)	CO	_____	10.000,00	_____	_____
Descr	_____					
25	AMOXICILINA + CLAVULANATO 500MG + 125MG COM REV CT S TR AL/AL X 21	CO	_____	35.000,00	_____	_____
Descr	_____					
26	AMOXICILINA + CLAVULANATO 50MG/12,5ML PO EXT CT FR VD INC X 100ML	FR	_____	5.000,00	_____	_____
Descr	_____					
27	AMOXICILINA + CLAVULANATO 875MG + 125MG + 125MG COM REV CT STR AL/AL X 20	CO	_____	25.000,00	_____	_____
Descr	_____					
28	AMOXICILINA 500MG CAP GEL DURA CT BL AL PLAS INC X 280 (EMB HOSP)	CO	_____	35.000,00	_____	_____
Descr	_____					
29	AMOXICILINA 50MG/ML PO P/ SUSP OR CX 50 FR VD AMB X 150 ML + 50 CP MED (EMB HOSP)	FR	_____	5.000,00	_____	_____
Descr	_____					
30	ATENOLOL 100MG COM CT BL AL PLAST INC X 420 (EMB. HOSP)	CO	_____	1.500,00	_____	_____
Descr	_____					

Assinatura/Carimbo do Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO PEDRO DA ALDEIA

Rua Marques da Cruz, 61
Centro
São Pedro da Aldeia - RJ

Anexo III - Planilha de Proposta de Preço

Nome da Firma ou Razão Social: _____ Un. Gestora: FMS
Data: _____ Processo Adm: 7245/2021
Endereço: _____ Nº Edital: 58/2022
CNPJ: _____ Data: 10/10/2022
Inscrição Estadual: _____ Horário: 09:00
Inscrição Municipal: _____
Agência: _____ Banco: _____ C/C: _____

Objeto: Para aquisição de medicamentos, a fim de suprir as necessidades da Farmácia Básica Municipal pelo período de 12 meses.

Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
31	ATENOLOL 25MG COM CT BL AL PLAS INC X 420	CO	_____	200.000,00	_____	_____
Descr	_____					
32	ATENOLOL 50MG COM CT BL AL PLAS INC X 504 (EMB HOSP)	CO	_____	50.000,00	_____	_____
Descr	_____					
33	ATORVASTATINA 10MG COM REV CT BL AL/AL X 500 (EMB HO SP) ** CAP**	CO	_____	3.000,00	_____	_____
Descr	_____					
34	AZITROMICINA 500MG COM REV CT BL AL PLAS INC X 300 (EMB FRAC)	CO	_____	80.000,00	_____	_____
Descr	_____					
35	AZITROMICINA DI-HIDRATADA 40MG/ML SUS OR CX 50 FR PLAS OPC X 15ML + 50 DIL FRS PLAS OPC X 9,2ML + 50 SER DOSA D (EMB HOSP)	FR	_____	5.000,00	_____	_____
Descr	_____					
36	BENZOATO DE BENZILA 250MG/ML LOC EMUL CX 100FR VD AM B X 100ML	FR	_____	1.500,00	_____	_____
Descr	_____					
37	BENZOILMETRONIDAZOL 40MG/ML SUS OR CX50 FR PLAS OPC X 80ML /9 EMBALAGEM HOSPITALAR	FR	_____	50,00	_____	_____
Descr	_____					
38	BESILATO DE ANLODIPINO 10MG COM CT BL AL PLAS AMB X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	50.000,00	_____	_____
Descr	_____					
39	BESILATO DE ANLODIPINO 5MG COM CT BL AL PLAS INC X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	80.000,00	_____	_____
Descr	_____					
40	BISSULFATO DE CLOPIDOGREL 75MG COM REV CT STR AL X 28 **CAP**	CO	_____	15.000,00	_____	_____
Descr	_____					
41	BROMAZEPAM 3MG COM CT BL AL PLAS INC X 100 (EMB HOSP)	CO	_____	25.000,00	_____	_____
Descr	_____					
42	BROMAZEPAM 6MG COM CT BL AL PLAS INC X 100 (EMB HOSP)	CO	_____	25.000,00	_____	_____
Descr	_____					
43	BROMETO DE FENOTEROL 5MG/ML SOL OR CX 200 FR PLAS OPC GOT X 20 ML (EMB HOSP)	FR	_____	1.000,00	_____	_____
Descr	_____					

Assinatura/Carimbo do Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

Rua Marques da Cruz, 61
Centro
São Pedro da Aldeia - RJ

Anexo III - Planilha de Proposta de Preço

Nome da Firma ou Razão Social: _____ Un. Gestora: FMS
Data: _____ Processo Adm: 7245/2021
Endereço: _____ Nº Edital: 58/2022
CNPJ: _____ Data: 10/10/2022
Inscrição Estadual: _____ Horário: 09:00
Inscrição Municipal: _____
Agência: _____ Banco: _____ C/C: _____

Objeto: Para aquisição de medicamentos, a fim de suprir as necessidades da Farmácia Básica Municipal pelo período de 12 meses.

Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
44	BROMETO DE IPRATRÓPIO 0,25MG/ML SOL INAL CT 200FR PLAS OPC GOT X 20ML (EMB HOSP)	FR	_____	1.000,00	_____	_____
Descr	_____					
45	BROMOPRIDA 10MG COM CT BL AL PLAS INC X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	18.000,00	_____	_____
Descr	_____					
46	BROMOPRIDA 4 MG/ML SOL OR CX 200 FR PLAS OPC GOT X 20 ML (EMB HOSP)	FR	_____	500,00	_____	_____
Descr	_____					
47	BUDESONIDA AEROSOL NASAL 32MCG	FR	_____	500,00	_____	_____
Descr	_____					
48	BUDESONIDA AEROSOL NASAL 50MCG	FR	_____	500,00	_____	_____
Descr	_____					
49	BUDESONIDA AEROSOL NASAL 64MCG	FR	_____	500,00	_____	_____
Descr	_____					
50	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA 6,67 MG/ML + 333,4 MG/ML SOL OR GOT CT FR 200 PLAS GOT X 20 ML	FR	_____	400,00	_____	_____
Descr	_____					
51	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 10 MG COM REV CX 2 BL AL PLAS INC X 10	CO	_____	6.000,00	_____	_____
Descr	_____					
52	CAPTOPRIL 25 MG COM CT BL AL PLAS OPC X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	300.000,00	_____	_____
Descr	_____					
53	CAPTOPRIL 50 MG COM CT BL AL PLAS INC X 900 (EMB HOSP)	CO	_____	44.000,00	_____	_____
Descr	_____					
54	CARBAMAZEPINA 20 MG/ML SUS OR CX 50 FR VD AMB X 100 ML + 50 CP MED (EMB HOSP)	FR	_____	1.000,00	_____	_____
Descr	_____					
55	CARBAMAZEPINA 200 MG COM CX BL AL PLAS OPC X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	90.000,00	_____	_____
Descr	_____					
56	CARBONATO DE CÁLCIO + CALECALCIFEROL COMPRIMIDO 500 MG + 200 UI CX COM 60	CO	_____	2.500,00	_____	_____
Descr	_____					
57	CARBONATO DE CÁLCIO + CALECALCIFEROL COMPRIMIDO 500 MG + 400 UI CX COM 30	CO	_____	2.500,00	_____	_____
Descr	_____					

Assinatura/Carimbo do Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

Rua Marques da Cruz, 61
Centro
São Pedro da Aldeia - RJ

Anexo III - Planilha de Proposta de Preço

Nome da Firma ou Razão Social: _____ Un. Gestora: FMS
Data: _____ Processo Adm: 7245/2021
Endereço: _____ Nº Edital: 58/2022
CNPJ: _____ Data: 10/10/2022
Inscrição Estadual: _____ Horário: 09:00
Inscrição Municipal: _____
Agência: _____ Banco: _____ C/C: _____

Objeto: Para aquisição de medicamentos, a fim de suprir as necessidades da Farmácia Básica Municipal pelo período de 12 meses.

Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
58	CARBONATO DE CÁLCIO 500 MG/COM CT BL AL PLAS INC X 200	CO	_____	3.000,00	_____	_____
Descr	_____					
59	CARBONATO DE LÍTIO 300 MG COM CT BL AL PLAS INC X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	30.000,00	_____	_____
Descr	_____					
60	CARVEDILOL 12,50 MG COM CT BL AL PLAS INC X 300	CO	_____	50.000,00	_____	_____
Descr	_____					
61	CARVEDILOL 25 MG COM CT BL AL PLAS INC X 300	CO	_____	30.000,00	_____	_____
Descr	_____					
62	CARVEDILOL 3,125 MG COM CT BL AL PLAS INC X 30	CO	_____	30.000,00	_____	_____
Descr	_____					
63	CARVEDILOL 6,25 MG COM CT BL AL/AL X 300 (EMB HOSP)	CO	_____	50.000,00	_____	_____
Descr	_____					
64	CEFALEXINA 250 MG / 5 ML PO P PREP EXT CX 50 FR PLAS OPC X 100 ML (EMB HOSP)	FR	_____	5.000,00	_____	_____
Descr	_____					
65	CEFALEXINA MONOIDRATADA 500 MG CAP GEL DURA CX BL AL PLAS INC X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	80.000,00	_____	_____
Descr	_____					
66	CETOCONAZOL 20 MG/G CREM CX 100 BG AL X 30 G (EMB HOSP)	TU	_____	1.000,00	_____	_____
Descr	_____					
67	CETOCONAZOL 200 MG COM CT BL AL PLAS INC X 450 (EMB HOSP)	CO	_____	3.000,00	_____	_____
Descr	_____					
68	CILOSTAZOL 100 MG COM CT BL AL PLAS INC X 30	CO	_____	7.200,00	_____	_____
Descr	_____					
69	CILOSTAZOL 50 MG COM CT BL AL PLAS INC X 60	CO	_____	7.200,00	_____	_____
Descr	_____					
70	CLONAZEPAM 0,5 MG COM CT BL AL PVC X 480 (EMB HOSP)	CO	_____	20.000,00	_____	_____
Descr	_____					
71	CLONAZEPAM 2 MG COM CT BL AL PLAS OPC X 450 (EMB HOSP)	CO	_____	100.000,00	_____	_____
Descr	_____					
72	CLONAZEPAM 2,5 MG/ML SOL OR CT 50 FR GOT VD AMB X 20 ML	FR	_____	1.000,00	_____	_____
Descr	_____					

Assinatura/Carimbo do Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO PEDRO DA ALDEIA

Rua Marques da Cruz, 61
Centro
São Pedro da Aldeia - RJ

Anexo III - Planilha de Proposta de Preço

Nome da Firma ou Razão Social: _____ Un. Gestora: FMS
Data: _____ Processo Adm: 7245/2021
Endereço: _____ Nº Edital: 58/2022
CNPJ: _____ Data: 10/10/2022
Inscrição Estadual: _____ Horário: 09:00
Inscrição Municipal: _____
Agência: _____ Banco: _____ C/C: _____

Objeto: Para aquisição de medicamentos, a fim de suprir as necessidades da Farmácia Básica Municipal pelo período de 12 meses.

Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
73	CLORIDRATO DE AMBROXOL 3MG 50FR 100 ML	FR	_____	1.500,00	_____	_____
Descr	_____					
74	CLORIDRATO DE AMBROXOL 6MG 50FR 100 ML	FR	_____	2.000,00	_____	_____
Descr	_____					
75	CLORIDRATO DE AMITRIPTILINA 25 MG COM BL AL PLAS INC X 100 (EMB HOSP)	CO	_____	40.000,00	_____	_____
Descr	_____					
76	CLORIDRATO DE BIPERIDENO 2 MG COM CX 20 BL AL PLAS INC X 10 (EMB HOSP)	CO	_____	30.000,00	_____	_____
Descr	_____					
77	CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO 500 MG COM REV CT BL AL PLAS INC X 300 (EMB HOSP)	CO	_____	30.000,00	_____	_____
Descr	_____					
78	CLORIDRATO DE CLOMIPRAMINA 25 MG COM REV CT BL AL PLAS LEIT X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	5.000,00	_____	_____
Descr	_____					
79	CLORIDRATO DE CLONIDINA 0,1MG	CO	_____	3.000,00	_____	_____
Descr	_____					
80	CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 100 MG COM CT 20 ENV AL POLIET X 10	CO	_____	20.000,00	_____	_____
Descr	_____					
81	CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 25 MG COM REV CX 20 BL AL PLAS INC X 10 (EMB HOSP)	CO	_____	16.000,00	_____	_____
Descr	_____					
82	CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 40 MG/ML FRASCO 20ML	FR	_____	500,00	_____	_____
Descr	_____					
83	CLORIDRATO DE FLUOXETINA 20 MG CAP GEL DURA BL AL PLAS TRANS X 500	CO	_____	80.000,00	_____	_____
Descr	_____					
84	CLORIDRATO DE METFORMINA 850 MG COM REV CX BL AL PLAS INC X 320 (EMB HOSP)	CO	_____	200.000,00	_____	_____
Descr	_____					
85	CLORIDRATO DE METFORMINA 500 MG COM CT BL AL PLAS INC X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	60.000,00	_____	_____
Descr	_____					
86	CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA 10 MG COM CX BL AL PLAS AMB X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	3.000,00	_____	_____
Descr	_____					

Assinatura/Carimbo do Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

Rua Marques da Cruz, 61
Centro
São Pedro da Aldeia - RJ

Anexo III - Planilha de Proposta de Preço

Nome da Firma ou Razão Social: _____	Un. Gestora: FMS
Data: _____	Processo Adm: 7245/2021
Endereço: _____	Nº Edital: 58/2022
CNPJ: _____	Data: 10/10/2022
Inscrição Estadual: _____	Horário: 09:00
Inscrição Municipal: _____	
Agência: _____ Banco: _____ C/C: _____	

Objeto: Para aquisição de medicamentos, a fim de suprir as necessidades da Farmácia Básica Municipal pelo período de 12 meses.

Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
87	CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA 4MG/ML SOLUÇÃO ORAL	FR	_____	100,00	_____	_____
Descr	_____					
88	CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25 MG COM REV CT BL AL PLAS TRANS X 200 (EMB FRAC)	CO	_____	30.000,00	_____	_____
Descr	_____					
89	CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 100AMP	AM	_____	200,00	_____	_____
Descr	_____					
90	CLORIDRATO DE PROPRANOLOL 40 MG COM CX BL AL PLAS AMB X 500	CO	_____	50.000,00	_____	_____
Descr	_____					
91	CLORIDRATO DE SERTRALINA 50 MG COM REV CT BL AL PLAS TRANS X 490 (EMB HOSP)	CO	_____	20.500,00	_____	_____
Descr	_____					
92	CLORIDRATO DE TIAMINA 300MG	CO	_____	1.000,00	_____	_____
Descr	_____					
93	CLORIDRATO DE TRAMADOL 50 MG CAP GEL DURA CT BL AL PLAS INC X 50	CO	_____	30.000,00	_____	_____
Descr	_____					
94	CLORIDRATO DE VERAPAMIL 80 MG COM REV CT BL AL PLAS OPC X 800 (EMB HOSP)	CO	_____	5.000,00	_____	_____
Descr	_____					
95	CLORTALIDONA 25MG COM CT BL AL PLAS TRANS X 60	CO	_____	5.000,00	_____	_____
Descr	_____					
96	COLAGENASE 0,6 U/G POM DERM CT 10 BG AL X 30 G + ESP PLAS	TU	_____	10.000,00	_____	_____
Descr	_____					
97	COMPLEXO B (VITAMINAS DO COMPLEXO B, COMPOSIÇÃO BÁSICA: B1, B2, B3, B5, B6) COMPRIMIDO OU DRÁGEAS	CO	_____	12.000,00	_____	_____
Descr	_____					
98	COMPLEXO B (VITAMINAS DO COMPLEXO B, COMPOSIÇÃO BÁSICA: B1, B2, B3, B5, B6) GOTAS 30 ML	FR	_____	500,00	_____	_____
Descr	_____					
99	DEXAMETASONA 1 MG/G CREME DERM CX 100 BG AL X 10 G (EMB HOSP)	TU	_____	5.000,00	_____	_____
Descr	_____					
100	DEXAMETASONA 4MG COM CT BL AL PLAS AMB X 200 (EMB HOSP)	CO	_____	10.000,00	_____	_____
Descr	_____					

Assinatura/Carimbo do Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO PEDRO DA ALDEIA

Rua Marques da Cruz, 61
Centro
São Pedro da Aldeia - RJ

Anexo III - Planilha de Proposta de Preço

Nome da Firma ou Razão Social: _____ Un. Gestora: FMS
Data: _____ Processo Adm: 7245/2021
Endereço: _____ Nº Edital: 58/2022
CNPJ: _____ Data: 10/10/2022
Inscrição Estadual: _____ Horário: 09:00
Inscrição Municipal: _____
Agência: _____ Banco: _____ C/C: _____

Objeto: Para aquisição de medicamentos, a fim de suprir as necessidades da Farmácia Básica Municipal pelo período de 12 meses.

Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
101	DIAZEPAM 10 MG COM CX ENV AL POLIET X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	80.000,00	_____	_____
Descr	_____					
102	DIAZEPAM 5 MG COM CX ENV AL POLIET X 1.000 (EMB HOSP)	CO	_____	60.000,00	_____	_____
Descr	_____					
103	DIAZEPAM 5 MG/ML SOL INJ CX 100 AMP VD AMB X 2ML (EMB HOSP)	AM	_____	50,00	_____	_____
Descr	_____					
104	DICLOFENACO POTASSIO 50MG DRG CT BL AL PLAS INC X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	12.000,00	_____	_____
Descr	_____					
105	DIGOXINA 0,25 MG COM CX BL AL PLAS AMB X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	15.000,00	_____	_____
Descr	_____					
106	DILTIAZEM 30 MG COM CT BL AL PLAS INC X 30	CO	_____	30.000,00	_____	_____
Descr	_____					
107	DILTIAZEM 60 MG COM CT BL AL PLAS INC X 30	CO	_____	15.000,00	_____	_____
Descr	_____					
108	DIPIRONA 500 MG CT BL AL PLAS TRANS X 100	CO	_____	100.000,00	_____	_____
Descr	_____					
109	DIPIRONA 500 MG/ML SOL OR CT 200 FR PLAS AMB X 20 ML	FR	_____	10.000,00	_____	_____
Descr	_____					
110	DOMPERIDONA 1MG/ML SUS OR CT FR VD AMB X 100 ML + 1 SER DOS	FR	_____	500,00	_____	_____
Descr	_____					
111	ESPIRONOLACTONA 25 MG COM CT BL AL PLAS TRANS X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	60.000,00	_____	_____
Descr	_____					
112	FENITOÍNA 100 MG COM CX BL AL PLAS INC X 500 (EMB. HOSP.)	CO	_____	30.000,00	_____	_____
Descr	_____					
113	FENOBARBITAL 100 MG COM CT BL AL PLAS INC X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	50.000,00	_____	_____
Descr	_____					
114	FENOBARBITAL 40MG/ML	FR	_____	100,00	_____	_____
Descr	_____					
115	FLUCONAZOL 150 MG CAP GEL DURA CT BL AL PLAS INC X 500 (EMB HOSP)	CP	_____	8.000,00	_____	_____
Descr	_____					

Assinatura/Carimbo do Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

Rua Marques da Cruz, 61
Centro
São Pedro da Aldeia - RJ

Anexo III - Planilha de Proposta de Preço

Nome da Firma ou Razão Social: _____	Un. Gestora: FMS
Data: _____	Processo Adm: 7245/2021
Endereço: _____	Nº Edital: 58/2022
CNPJ: _____	Data: 10/10/2022
Inscrição Estadual: _____	Horário: 09:00
Inscrição Municipal: _____	
Agência: _____ Banco: _____ C/C: _____	

Objeto: Para aquisição de medicamentos, a fim de suprir as necessidades da Farmácia Básica Municipal pelo período de 12 meses.

Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
116	FLUORESCEÍNA SOLUÇÃO ESTÉRIL OFTÁLMICA 1% 5 ML	FR	_____	1.000,00	_____	_____
Descr	_____					
117	FOSFATO SÓDICO DE PREDNISOLONA 3,0 MG/ML SOL OR CT 50 FR PLAS AMB X 60 ML + CP MED	FR	_____	5.000,00	_____	_____
Descr	_____					
118	FUROSEMIDA 40 MG COM CT BL AL PLAS AMB X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	100.000,00	_____	_____
Descr	_____					
119	GLIBENCLAMIDA 5 MG COM CX BL AL PLAS INC OU AMB X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	100.000,00	_____	_____
Descr	_____					
120	GLICLAZIDA 30MG COM LIB PROL BL AL PLAS TRANS X 500	CO	_____	15.000,00	_____	_____
Descr	_____					
121	GLICLAZIDA 60MG LIB PROL CT BL AL PLAS TRANS X 30	CO	_____	15.000,00	_____	_____
Descr	_____					
122	GLIMEPERIDA 2MG COM CT BL AL PLAS INC X 450 (EMB HOSP)	CO	_____	15.000,00	_____	_____
Descr	_____					
123	HALOPERIDOL 1 MG COM CX BL AL PLAS INC X 200 (EMB HOSP)	CO	_____	10.000,00	_____	_____
Descr	_____					
124	HALOPERIDOL 2 MG/ML SOL OR CT FR PLAS OPC GOT X 20 ML	FR	_____	500,00	_____	_____
Descr	_____					
125	HALOPERIDOL 5 MG COM CT BL AL PLAS INC X 200 (EMB HOSP)	CO	_____	50.000,00	_____	_____
Descr	_____					
126	HALOPERIDOL, APRESENTAÇÃO: SAL DECANOATO, CONCENTRAÇÃO: 50 MG/ML, TIPO USO: SOLUÇÃO INJETÁVEL (EMBALAGEM HOSPITALAR)	FR	_____	5.000,00	_____	_____
Descr	_____					
127	HIDRALAZINA 25 MG DRG CT BL AL PLAS INC X 20	CO	_____	15.000,00	_____	_____
Descr	_____					
128	HIDRALAZINA 50 MG DRG CT BL AL PLAS INC X 20	CO	_____	15.000,00	_____	_____
Descr	_____					
129	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG COM CX BL AL PLAS AMB X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	220.000,00	_____	_____
Descr	_____					
130	HIDROXIDO DE ALUMÍNIO 61,5 MG/ML SUS OR CT FR PLAS OPC X 240 ML + CP MED ** CAP **	FR	_____	1.000,00	_____	_____
Descr	_____					

Assinatura/Carimbo do Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO PEDRO DA ALDEIA

Rua Marques da Cruz, 61
Centro
São Pedro da Aldeia - RJ

Anexo III - Planilha de Proposta de Preço

Nome da Firma ou Razão Social: _____ Un. Gestora: FMS
Data: _____ Processo Adm: 7245/2021
Endereço: _____ Nº Edital: 58/2022
CNPJ: _____ Data: 10/10/2022
Inscrição Estadual: _____ Horário: 09:00
Inscrição Municipal: _____
Agência: _____ Banco: _____ C/C: _____

Objeto: Para aquisição de medicamentos, a fim de suprir as necessidades da Farmácia Básica Municipal pelo período de 12 meses.

Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
131	IBUPROFENO 300 MG COM REV CX BL AL PVC INC X 500	CO	_____	30.000,00	_____	_____
Descr	_____					
132	IBUPROFENO 50 MG/ML SUS OR CX 200 FR PLAS OPC GOT X 30 ML (EMB HOSP)	FR	_____	2.000,00	_____	_____
Descr	_____					
133	IBUPROFENO 600 MG COM REV CX BL AL PVC INC X 500	CO	_____	30.000,00	_____	_____
Descr	_____					
134	IMIPRAMINA 25MG COM REV CX BL AL PLAS INC X 200 (EMB HO SP)	CO	_____	60.000,00	_____	_____
Descr	_____					
135	IMUNOGLOBULINA HUMANA, TIPO:ANTI RHO(D), DOSAGEM:300 MCG/2ML, APRESENTAÇÃO:SOLUÇÃO INJETÁVEL	AM	_____	800,00	_____	_____
Descr	_____					
136	INDAPAMIDA 1,5MG COM REV LIB PROL CT BL AL AL X 300	CO	_____	5.000,00	_____	_____
Descr	_____					
137	ISOSSORBIDA 20 MG COM CT BL AL PLAS PVC X 100 (EMB HO SP)	CO	_____	50.000,00	_____	_____
Descr	_____					
138	ITRACONAZOL 100 MG CAP GEL DURA CT BL AL PLAS TRANS X 200 (EMB HOSP)	CO	_____	10.000,00	_____	_____
Descr	_____					
139	IVERMECTINA 6 MG COM CT BL AL PLAS INC X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	20.000,00	_____	_____
Descr	_____					
140	LACTULOSE 667 MG/ML XPE CT FR VD AMB X 120 ML + CP MED	FR	_____	700,00	_____	_____
Descr	_____					
141	LATANAPROSTA SOLUÇÃO ESTÉRIL OFTÁLMICA 50 MCG/ML	FR	_____	500,00	_____	_____
Descr	_____					
142	LEVOFLOXACINO 500MG COM REV CT BL AL PLAS INC X 42 (E MB FRAC)	CO	_____	6.000,00	_____	_____
Descr	_____					
143	LEVOTIROXINA 100 MCG COM BL AL/ AL X 30	CO	_____	8.000,00	_____	_____
Descr	_____					
144	LEVOTIROXINA 25 MCG COM BL AL/ AL X 30	CO	_____	8.000,00	_____	_____
Descr	_____					
145	LEVOTIROXINA 50MCG COM BL AL/ AL X 30	CO	_____	8.000,00	_____	_____
Descr	_____					

Assinatura/Carimbo do Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO PEDRO DA ALDEIA

Rua Marques da Cruz, 61
Centro
São Pedro da Aldeia - RJ

Anexo III - Planilha de Proposta de Preço

Nome da Firma ou Razão Social: _____ Un. Gestora: FMS
Data: _____ Processo Adm: 7245/2021
Endereço: _____ Nº Edital: 58/2022
CNPJ: _____ Data: 10/10/2022
Inscrição Estadual: _____ Horário: 09:00
Inscrição Municipal: _____
Agência: _____ Banco: _____ C/C: _____

Objeto: Para aquisição de medicamentos, a fim de suprir as necessidades da Farmácia Básica Municipal pelo período de 12 meses.

Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
146	LEVOTIROXINA 75MCG COM BL AL/ AL X 30	CO	_____	8.000,00	_____	_____
Descr	_____					
147	LIDOCAÍNA 2% SOLUÇÃO INJETÁVEL 10MG/ML	AM	_____	1.000,00	_____	_____
Descr	_____					
148	LIDOCAÍNA GEL OU POMADA 20MG/G (2 %)	TUBOS	_____	3.000,00	_____	_____
Descr	_____					
149	LORATADINA 1 MG/ML XPE CT 50 FR PLAS AMB X 100 ML + 50 CP MED (EMB HOSP)	FR	_____	1.000,00	_____	_____
Descr	_____					
150	LORATADINA 10MG COM CT BL AL PLAS TRANS X 360 (EMB M ULT)	CO	_____	5.000,00	_____	_____
Descr	_____					
151	LOSARTANA 50 MG COM REV CX BL AL PLAS INC x 960 (EMB HOSP)	CO	_____	300.000,00	_____	_____
Descr	_____					
152	MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA 0,4MG/ML SOL CX 50 FR P LAS OPC X 120 ML + 50 CP MED (EMB HOSP)	FR	_____	1.000,00	_____	_____
Descr	_____					
153	MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA 2 MG COM CX BL AL PLAS INC X 200 (EMB HOSP)	CO	_____	3.000,00	_____	_____
Descr	_____					
154	MALEATO DE ENALAPRIL 10 MG COM CT BL PVC/PVDC AL X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	60.000,00	_____	_____
Descr	_____					
155	MALEATO DE ENALAPRIL 5MG COM CT BL PVC/PVDC AL X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	10.000,00	_____	_____
Descr	_____					
156	MALEATO DE LEVOMEPROMAZINA 25 MG COM REV CT BL AL PLAS AMB X 200 (EMB HOSP)	CO	_____	10.000,00	_____	_____
Descr	_____					
157	MALEATO DE LEVOMEPROMAZINA 100 MG COM REV CX BL AL PLAS INC X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	20.000,00	_____	_____
Descr	_____					
158	MALEATO DE TIMOLOL SOLUÇÃO ESTÉRIL OFTÁLMICA 2,5 MG/ ML	FR	_____	250,00	_____	_____
Descr	_____					
159	MALEATO DE TIMOLOL SOLUÇÃO ESTÉRIL OFTÁLMICA 5 MG/ML SOL OFT CX 50 FR PLAS OPC GOT X 5 ML (EMB HOSP)	FR	_____	250,00	_____	_____
Descr	_____					

Assinatura/Carimbo do Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

Rua Marques da Cruz, 61
Centro
São Pedro da Aldeia - RJ

Anexo III - Planilha de Proposta de Preço

Nome da Firma ou Razão Social: _____	Un. Gestora: FMS
Data: _____	Processo Adm: 7245/2021
Endereço: _____	Nº Edital: 58/2022
CNPJ: _____	Data: 10/10/2022
Inscrição Estadual: _____	Horário: 09:00
Inscrição Municipal: _____	
Agência: _____ Banco: _____ C/C: _____	

Objeto: Para aquisição de medicamentos, a fim de suprir as necessidades da Farmácia Básica Municipal pelo período de 12 meses.

Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
160	MEBENDAZOL 100MG COM CT BL AL POLI X 600 (EMB HOSP)	CO	_____	1.000,00	_____	_____
Descr	_____					
161	MEBENDAZOL SUSPENSAO OR CX 200 FR PLAS AMB X 30 ML (EMB HOSP)	FR	_____	500,00	_____	_____
Descr	_____					
162	METILDOPA 250 MG COM REV CX 50 BL AL PLAS INC X 10 (EMB HOSP)	CO	_____	50.000,00	_____	_____
Descr	_____					
163	METRONIDAZOL 250 MG COM REV CT BL AL PLAS OPC X 600 (EMB HOSP)	CO	_____	10.000,00	_____	_____
Descr	_____					
164	METRONIDAZOL 100 MG/G GEL VAG CX 50 BG AL X 50 G + 500 APLIC (EMB HOSP)	TU	_____	3.000,00	_____	_____
Descr	_____					
165	MICONAZOL NITRATO CREME VAGINAL - CREME GINECOLÓGICO 20MG/G	TU	_____	3.000,00	_____	_____
Descr	_____					
166	NEOMICINA+BACITRACINA 5,0 MG/G + 250 UI/G POM DERM CT B G AL X 10G - 100 BG	TU	_____	8.000,00	_____	_____
Descr	_____					
167	NIFEDIPINO 10 MG COM CT BL AL PLAS AMB X 200 (EMB FRAC)	CO	_____	500,00	_____	_____
Descr	_____					
168	NIFEDIPINO 20 MG COM CT 15 BL AL PLAS AMB X 30 (EMB HOSP)	CO	_____	150.000,00	_____	_____
Descr	_____					
169	NIFEDIPINO 20 MG COM RETARD CT BL AL PLAS AMB X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	120.000,00	_____	_____
Descr	_____					
170	NISTATINA 25000 UI/G CREM VAG CX 100 BG AL X 60 G (EMB HOSP) + 1400 APLIC	TU	_____	3.500,00	_____	_____
Descr	_____					
171	NISTATINA 100.000 UI/ML SUS OR CX 50 FR VD AMB X 50ML + 50 CP MED	FR	_____	500,00	_____	_____
Descr	_____					
172	NORFLOXACINO 400MG COM REV CT BL AL PLAS INC X 420	CO	_____	6.000,00	_____	_____
Descr	_____					
173	OLEO MINERAL 100ML	FR	_____	300,00	_____	_____
Descr	_____					

Assinatura/Carimbo do Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO PEDRO DA ALDEIA

Rua Marques da Cruz, 61
Centro
São Pedro da Aldeia - RJ

Anexo III - Planilha de Proposta de Preço

Nome da Firma ou Razão Social: _____ Un. Gestora: FMS
Data: _____ Processo Adm: 7245/2021
Endereço: _____ Nº Edital: 58/2022
CNPJ: _____ Data: 10/10/2022
Inscrição Estadual: _____ Horário: 09:00
Inscrição Municipal: _____
Agência: _____ Banco: _____ C/C: _____

Objeto: Para aquisição de medicamentos, a fim de suprir as necessidades da Farmácia Básica Municipal pelo período de 12 meses.

Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
174	OMEPRAZOL 20 MG CAP GEL DURA CT FR PLAS OPC X 840 (EMB HOSP)	CA	_____	150.000,00	_____	_____
Descr						
175	PARACETAMOL 200 MG/ML SOL OR CT 200 FR PLAS OPC GOT X 15 ML (EMB HOSP)	FR	_____	2.000,00	_____	_____
Descr						
176	PARACETAMOL 500 MG COM CX 250 BL AL PLAS LAR X 4 (EMB HOSP)	CO	_____	15.000,00	_____	_____
Descr						
177	PERICIAZINA 10 MG/ML SOL OR CT FR VD CGT X 20 ML	FR	_____	200,00	_____	_____
Descr						
178	PERICIAZINA 40 MG/ML SOL OR CT FR VD CGT X 20 ML	FR	_____	200,00	_____	_____
Descr						
179	PERMETRINA 50 MG/ML LOC CREM CX 50 FR PLAS OPC 60 ML (EMB HOSP)	FR	_____	500,00	_____	_____
Descr						
180	PIOGLITAZONA 30MG	CO	_____	3.000,00	_____	_____
Descr						
181	PREDNISONA 20 MG COM CX BL AL PVC X 600 (EMB HOSP)	CO	_____	20.000,00	_____	_____
Descr						
182	PREDNISONA 5 MG COM CT BL AL PLAS INC X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	10.000,00	_____	_____
Descr						
183	RISPERIDONA 1 MG COM REV CT BL AL PLAS PVDC 40 TRANS X 300	CO	_____	35.000,00	_____	_____
Descr						
184	RISPERIDONA 2 MG COM RER CT BL AL PLAS PVDC 40 TRANS X 300	CO	_____	50.000,00	_____	_____
Descr						
185	RISPERIDONA 3 MG COM REV CT BL AL PLAS PVDC 40 TRANS X 500	CO	_____	30.000,00	_____	_____
Descr						
186	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL 27,9G EM PÓ SABOR NATURAL CX COM 10	SCH	_____	1.500,00	_____	_____
Descr						
187	SECNIDAZOL 1000 MG COM REV CT BL AL PLAS INC X 200 (EMB FRAC)	CO	_____	6.000,00	_____	_____
Descr						

Assinatura/Carimbo do Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

Rua Marques da Cruz, 61
Centro
São Pedro da Aldeia - RJ

Anexo III - Planilha de Proposta de Preço

Nome da Firma ou Razão Social: _____ Un. Gestora: FMS
Data: _____ Processo Adm: 7245/2021
Endereço: _____ Nº Edital: 58/2022
CNPJ: _____ Data: 10/10/2022
Inscrição Estadual: _____ Horário: 09:00
Inscrição Municipal: _____
Agência: _____ Banco: _____ C/C: _____

Objeto: Para aquisição de medicamentos, a fim de suprir as necessidades da Farmácia Básica Municipal pelo período de 12 meses.

Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
188	SIMETICONA 40 MG COM CT BL AL PLAS INC X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	10.000,00	_____	_____
Descr	_____					
189	SIMETICONA 75 MG/ML EMU OR CT 100 FR PLAS OPC GOT X 15 ML (BEM HOSP)	FR	_____	600,00	_____	_____
Descr	_____					
190	SINAVASTATINA 40MG COMP REV CT BL AL PLAST INC X 1000 (EMB HOSPITALAR)	CO	_____	24.000,00	_____	_____
Descr	_____					
191	SINAVASTATINA 20 MG COM REV CT BL AL PLAS INC X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	200.000,00	_____	_____
Descr	_____					
192	SULFADIAZINA DE PRATA 10 MG/G CREM DERM CX 200 BG AL X 30 G (EMB HOSP)	TU	_____	10.000,00	_____	_____
Descr	_____					
193	SULFAMETOXOZOL+TRIMETROPINA 40 MG/ML + 8 MG/ML SUS OR CX 50 FR PLAS OPC X 100 ML (EMB HOSP)	FR	_____	100,00	_____	_____
Descr	_____					
194	SULFAMETOXOZOL+TRIMETROPINA 400 MG + 80 MG COM CT B L AL PLAS INC X 20	CO	_____	12.000,00	_____	_____
Descr	_____					
195	SULFAMETOXOZOL+TRIMETROPINA 800 MG + 160 MG COM CT ENV AL POLIET X 10	CO	_____	6.000,00	_____	_____
Descr	_____					
196	SULFATO DE SALBUTAMOL AEROSOL 100 MCG/DOSE PO AER I NAL CT FR SPR AL X 200 DOSES	FR	_____	1.500,00	_____	_____
Descr	_____					
197	SULFATO DE SALBUTAMOL SOLUÇÃO INALANTE 6 MG/ML 1,0 MG/ML SOL P/NEBUL CT 20 AMP PLAS TRANS X 2,5 ML + ENV	FR	_____	1.500,00	_____	_____
Descr	_____					
198	SULFATO FERROSO 68 MG/ML SOL OR CX 50 FR VD AMB X 30 ML (EMB HOSP)	FR	_____	3.000,00	_____	_____
Descr	_____					
199	SULFATO FERROSO 40 MG COM REV CT BL AL PLAS INC X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	80.000,00	_____	_____
Descr	_____					
200	TENOXICAM 20MG COM REV CT BL AL PLAS TRANS X 500 (EMB HOSP)	CO	_____	1.000,00	_____	_____
Descr	_____					

Assinatura/Carimbo do Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

Rua Marques da Cruz, 61
Centro
São Pedro da Aldeia - RJ

Anexo III - Planilha de Proposta de Preço

Nome da Firma ou Razão Social: _____	Un. Gestora: FMS
Data: _____	Processo Adm: 7245/2021
Endereço: _____	Nº Edital: 58/2022
CNPJ: _____	Data: 10/10/2022
Inscrição Estadual: _____	Horário: 09:00
Inscrição Municipal: _____	
Agência: _____ Banco: _____ C/C: _____	

Objeto: Para aquisição de medicamentos, a fim de suprir as necessidades da Farmácia Básica Municipal pelo período de 12 meses.

Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
201	VARFARINA SÓDICA 5 MG COM CT BL AL PVDC OPC X 50 (EM B HOSP)	CO	_____	2.000,00	_____	_____

Descr _____

Valor Total: _____

Por extenso: _____

Prazo de entrega do objeto conforme o edital

Validade da Proposta 60 dias

Condições de pagamento conforme o edital

Qualificação do representante legal:

Assinatura/Carimbo do Responsável