



# 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: 13175/2023  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº Edital: 90049/2024  
CNPJ: \_\_\_\_\_ Data: 31/10/2024  
Inscrição Estadual: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_  
Inscrição Municipal: \_\_\_\_\_  
Agência: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_ C/C: \_\_\_\_\_

**Objeto:** Aquisição de medicamentos elencados na REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) 2023 classificados como Componente Municipal da Assistência Farmacêutica, designados para fornecimento aos munícipes de São Pedro da Aldeia/RJ

**Tipo de Benefício:** -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
1	ACETILCISTEINA 20MG/ML XAROPE Frasco 120ml	FR	_____	1.200,00	_____	_____
Descr	_____					
2	ACETILCISTEINA 40MG/ML XAROPE Frasco 120ml	FR	_____	3.000,00	_____	_____
Descr	_____					
3	ACICLOVIR 200MG	CO	_____	11.000,00	_____	_____
Descr	_____					
4	ACICLOVIR 50MG/G CREME Bistnaga 10G	TU	_____	1.000,00	_____	_____
Descr	_____					
5	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100MG	CO	_____	520.000,00	_____	_____
Descr	_____					
6	ÁCIDO ASCÓRBICO 200MG/ML SOLUÇÃO ORAL Frasco 30ml	FR	_____	1.200,00	_____	_____
Descr	_____					
7	ÁCIDO ASCÓRBICO 500MG	CO	_____	12.000,00	_____	_____
Descr	_____					
8	ÁCIDO FÓLICO 0,2MG/ML SOLUÇÃO Frasco 30ML	FR	_____	3.000,00	_____	_____
Descr	_____					
9	ÁCIDO FÓLICO 5MG	CO	_____	190.000,00	_____	_____
Descr	_____					
10	ALBENDAZOL 400MG	CO	_____	5.000,00	_____	_____
Descr	_____					
11	ALBENDAZOL 40MG/ML SUSPENSÃO Frasco 10ml	FR	_____	3.000,00	_____	_____
Descr	_____					
12	ALENDRONATO DE SÓDIO 70MG	CO	_____	1.000,00	_____	_____
Descr	_____					
13	ALOPURINOL 100MG	CO	_____	20.000,00	_____	_____
Descr	_____					
14	ALOPURINOL 300MG	CO	_____	10.000,00	_____	_____
Descr	_____					
15	ALPRAZOLAM 0,5MG	CO	_____	30.000,00	_____	_____
Descr	_____					
16	ALPRAZOLAM 1MG	CO	_____	80.000,00	_____	_____
Descr	_____					
17	ALPRAZOLAM 2MG	CO	_____	40.000,00	_____	_____
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: 13175/2023  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº Edital: 90049/2024  
CNPJ: \_\_\_\_\_ Data: 31/10/2024  
Inscrição Estadual: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_  
Inscrição Municipal: \_\_\_\_\_  
Agência: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_ C/C: \_\_\_\_\_

**Objeto:** Aquisição de medicamentos elencados na REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) 2023 classificados como Componente Municipal da Assistência Farmacêutica, designados para fornecimento aos munícipes de São Pedro da Aldeia/RJ

**Tipo de Benefício:** -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
18	AMBROXOL, CLORIDRATO 3MG/ML XAROPE Frasco 120 ml	FR	_____	1.000,00	_____	_____
Descr	_____					
19	AMBROXOL, CLORIDRATO 6MG/ML XAROPE 120 ml	FR	_____	1.000,00	_____	_____
Descr	_____					
20	AMINOFILINA 100MG	CO	_____	5.000,00	_____	_____
Descr	_____					
21	AMIODARONA, CLORIDRATO 100MG	CO	_____	12.000,00	_____	_____
Descr	_____					
22	AMIODARONA, CLORIDRATO 200MG	CO	_____	12.000,00	_____	_____
Descr	_____					
23	AMITRIPTILINA, CLORIDRATO 25MG	CO	_____	160.000,00	_____	_____
Descr	_____					
24	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 500MG + 125MG	CO	_____	60.000,00	_____	_____
Descr	_____					
25	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 50MG + 12,5 MG/ML SUSPENSÃO Frasco 100ml	FR	_____	8.000,00	_____	_____
Descr	_____					
26	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 875MG + 125MG	CO	_____	30.000,00	_____	_____
Descr	_____					
27	AMOXICILINA 500 MG	CO	_____	100.000,00	_____	_____
Descr	_____					
28	AMOXICILINA 50MG/ML PÓ PARA SUSPENSÃO Frasco 150ml	FR	_____	5.000,00	_____	_____
Descr	_____					
29	ANLODIPINO, BESILATO 10MG	CO	_____	100.000,00	_____	_____
Descr	_____					
30	ANLODIPINO, BESILATO 5MG	CO	_____	300.000,00	_____	_____
Descr	_____					
31	ATENOLOL 25MG	CO	_____	135.000,00	_____	_____
Descr	_____					
32	ATENOLOL 50MG	CO	_____	82.500,00	_____	_____
Descr	_____					
33	ATORVASTATINA CÁLCICA 10MG	CO	_____	9.000,00	_____	_____
Descr	_____					
34	ATORVASTATINA CÁLCICA 40MG	CO	_____	5.250,00	_____	_____
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: 13175/2023  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº Edital: 90049/2024  
CNPJ: \_\_\_\_\_ Data: 31/10/2024  
Inscrição Estadual: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_  
Inscrição Municipal: \_\_\_\_\_  
Agência: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_ C/C: \_\_\_\_\_

**Objeto:** Aquisição de medicamentos elencados na REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) 2023 classificados como Componente Municipal da Assistência Farmacêutica, designados para fornecimento aos munícipes de São Pedro da Aldeia/RJ

**Tipo de Benefício:** -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
35	ATROPINA, SULFATO 0,25MG/ML Descr Ampola 1ml	AM	_____	800,00	_____	_____
36	AZITROMICINA 40 MG/ML PÓ PARA SUSPENSÃO Descr	CO	_____	6.000,00	_____	_____
37	AZITROMICINA 500 MG Descr	CO	_____	45.200,00	_____	_____
38	BENZOATO DE BENZILA 250MG/ML LOÇÃO Frasco 100 ml Descr	FR	_____	600,00	_____	_____
39	BIPERIDENO, CLORIDRATO 2MG Descr	CO	_____	60.000,00	_____	_____
40	BROMAZEPAM 3MG Descr	CO	_____	32.000,00	_____	_____
41	BROMAZEPAM 6MG Descr	CO	_____	45.000,00	_____	_____
42	BROMOPRIDA 10MG Descr	CO	_____	12.000,00	_____	_____
43	BROMOPRIDA 4MG/ML SOLUÇÃO ORAL Frasco 20ml Descr	FR	_____	1.000,00	_____	_____
44	BUDESONIDA 32MCG SOLUÇÃO NASAL - FRASCO 120 DOSES Descr	FR	_____	410,00	_____	_____
45	BUDESONIDA 64MCG SOLUÇÃO NASAL - FRASCO 120 DOSES Descr	FR	_____	900,00	_____	_____
46	CAPTOPRIL 25MG Descr	CO	_____	360.000,00	_____	_____
47	CAPTOPRIL 50MG Descr	CO	_____	26.000,00	_____	_____
48	CARBAMAZEPINA 200MG Descr	CO	_____	220.000,00	_____	_____
49	CARBAMAZEPINA 20MG/ML SUSPENSÃO ORAL Frasco 100ml Descr	FR	_____	1.000,00	_____	_____
50	CARBONATO DE CÁLCIO 500MG Descr	CO	_____	3.000,00	_____	_____
51	CARBONATO DE LÍTIO 300MG Descr	CO	_____	145.000,00	_____	_____

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: 13175/2023  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº Edital: 90049/2024  
CNPJ: \_\_\_\_\_ Data: 31/10/2024  
Inscrição Estadual: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_  
Inscrição Municipal: \_\_\_\_\_  
Agência: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_ C/C: \_\_\_\_\_

**Objeto:** Aquisição de medicamentos elencados na REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) 2023 classificados como Componente Municipal da Assistência Farmacêutica, designados para fornecimento aos munícipes de São Pedro da Aldeia/RJ

**Tipo de Benefício:** -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
52	CARVEDILOL 12,5MG	CO	_____	112.000,00	_____	_____
Descr	_____					
53	CARVEDILOL 25MG	CO	_____	47.000,00	_____	_____
Descr	_____					
54	CARVEDILOL 3,125MG	CO	_____	70.000,00	_____	_____
Descr	_____					
55	CARVEDILOL 6,25MG	CO	_____	62.000,00	_____	_____
Descr	_____					
56	CEFALEXINA 500MG	CO	_____	17.000,00	_____	_____
Descr	_____					
57	CEFALEXINA 50MG/ML SUSPENSÃO Frasco 100ml	FR	_____	7.500,00	_____	_____
Descr	_____					
58	CEFTRIAXONA SÓDICA 1G IV/IM PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	FR	_____	300,00	_____	_____
Descr	Frasco-ampola					
59	CETAMINA, CLORIDRATO 50MG/ML AMPOLA 2ML	AM	_____	200,00	_____	_____
Descr	_____					
60	CETOCONAZOL 200MG	CO	_____	6.000,00	_____	_____
Descr	_____					
61	CETOCONAZOL CREME 20MG/G BISNAGA 30g	TU	_____	1.700,00	_____	_____
Descr	_____					
62	CICLOPENTOLATO 10MG/ML (1%) Frasco 5ml	FR	_____	25,00	_____	_____
Descr	_____					
63	CILOSTAZOL 100MG	CO	_____	12.000,00	_____	_____
Descr	_____					
64	CILOSTAZOL 50MG	CO	_____	12.000,00	_____	_____
Descr	_____					
65	CIPROFLOXACINO CLORIDRATO 500 MG	CO	_____	30.000,00	_____	_____
Descr	_____					
66	CLOMIPRAMINA, CLORIDRATO 25MG	CO	_____	12.000,00	_____	_____
Descr	_____					
67	CLONAZEPAM 0,5MG	CO	_____	50.000,00	_____	_____
Descr	_____					
68	CLONAZEPAM 2,5MG/ML SOLUÇÃO ORAL Frasco 20ml	FR	_____	1.800,00	_____	_____
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: 13175/2023  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº Edital: 90049/2024  
CNPJ: \_\_\_\_\_ Data: 31/10/2024  
Inscrição Estadual: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_  
Inscrição Municipal: \_\_\_\_\_  
Agência: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_ C/C: \_\_\_\_\_

**Objeto:** Aquisição de medicamentos elencados na REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) 2023 classificados como Componente Municipal da Assistência Farmacêutica, designados para fornecimento aos munícipes de São Pedro da Aldeia/RJ

**Tipo de Benefício:** -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
69	CLONAZEPAM 2MG	CO	_____	315.000,00	_____	_____
Descr	_____					
70	CLONIDINA, CLORIDRATO 0,1MG	CO	_____	6.000,00	_____	_____
Descr	_____					
71	CLOPIDOGREL, BISSULFATO 75MG	CO	_____	15.700,00	_____	_____
Descr	_____					
72	CLORETO DE SODIO 9 MG/ML (0,9%) SOLUÇÃO NASAL Frasco 30ML	FR	_____	3.500,00	_____	_____
Descr	_____					
73	CLORIDRATO DE TIAMINA 300MG	CO	_____	3.000,00	_____	_____
Descr	_____					
74	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 100MG	CO	_____	81.000,00	_____	_____
Descr	_____					
75	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 25MG	CO	_____	63.000,00	_____	_____
Descr	_____					
76	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 40MG/ML SOLUÇÃO ORAL Frasco 20ml	FR	_____	360,00	_____	_____
Descr	_____					
77	CLORTALIDONA 25MG	CO	_____	6.100,00	_____	_____
Descr	_____					
78	COLAGENASE 0,6UI/G POMADA DERMATOLÓGICA Bisnaga 30g	TU	_____	7.000,00	_____	_____
Descr	_____					
79	DEXAMETASONA 0,1% (1MG/G) BISNAGA 10G	TU	_____	12.000,00	_____	_____
Descr	_____					
80	DEXAMETASONA 0,1MG/ML SOLUÇÃO 120ML	FR	_____	2.400,00	_____	_____
Descr	_____					
81	DEXAMETASONA 4MG	CO	_____	7.500,00	_____	_____
Descr	_____					
82	DEXCLORFENIRAMINA, MALEATO 0,4MG/ML SOLUÇÃO ORAL Frasco 120 ml	FR	_____	2.200,00	_____	_____
Descr	_____					
83	DEXCLORFENIRAMINA, MALEATO 2MG	CO	_____	7.500,00	_____	_____
Descr	_____					
84	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100MCG/ML AMPOLA 2ML	AM	_____	200,00	_____	_____
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: 13175/2023  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº Edital: 90049/2024  
CNPJ: \_\_\_\_\_ Data: 31/10/2024  
Inscrição Estadual: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_  
Inscrição Municipal: \_\_\_\_\_  
Agência: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_ C/C: \_\_\_\_\_

**Objeto:** Aquisição de medicamentos elencados na REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) 2023 classificados como Componente Municipal da Assistência Farmacêutica, designados para fornecimento aos munícipes de São Pedro da Aldeia/RJ

**Tipo de Benefício:** -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
85	DIAZEPAM 10MG	CO	_____	120.000,00	_____	_____
Descr	_____					
86	DIAZEPAM 5MG	CO	_____	60.000,00	_____	_____
Descr	_____					
87	DICLOFENACO DE POTÁSSIO 50MG	CO	_____	15.000,00	_____	_____
Descr	_____					
88	DIGOXINA 0,25MG	CO	_____	23.000,00	_____	_____
Descr	_____					
89	DILTIAZEM, CLORIDRATO 30MG	CO	_____	20.000,00	_____	_____
Descr	_____					
90	DILTIAZEM, CLORIDRATO 60MG	CO	_____	30.000,00	_____	_____
Descr	_____					
91	DIOSMINA 450MG + HESPERIDINA 50MG	CO	_____	30.000,00	_____	_____
Descr	_____					
92	DIPIRONA 500MG	CO	_____	300.000,00	_____	_____
Descr	_____					
93	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML SOLUÇÃO ORAL Frasco de 20ml	FR	_____	11.000,00	_____	_____
Descr	_____					
94	DOMPERIDONA 1MG/ML SOLUÇÃO ORAL Frasco de 100 ml	FR	_____	500,00	_____	_____
Descr	_____					
95	ENALAPRIL, MALEATO 10MG	CO	_____	160.000,00	_____	_____
Descr	_____					
96	ENALAPRIL, MALEATO 20MG	CO	_____	61.000,00	_____	_____
Descr	_____					
97	EPINEFRINA 1MG/ML AMPOLA 1ml	AM	_____	800,00	_____	_____
Descr	_____					
98	ESCOPOLAMINA, BUTILBROMETO + DIPIRONA SÓDICA 10MG + 2 CO 50MG	_____	_____	18.000,00	_____	_____
Descr	_____					
99	ESCOPOLAMINA, BUTILBROMETO + DIPIRONA SÓDICA 6,67MG/ ML + 333,4MG/ML SOLUÇÃO ORAL Frasco 20ML	FR	_____	1.000,00	_____	_____
Descr	_____					
100	ESCOPOLAMINA, BUTILBROMETO 10MG	CO	_____	6.000,00	_____	_____
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: 13175/2023  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº Edital: 90049/2024  
CNPJ: \_\_\_\_\_ Data: 31/10/2024  
Inscrição Estadual: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_  
Inscrição Municipal: \_\_\_\_\_  
Agência: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_ C/C: \_\_\_\_\_

**Objeto:** Aquisição de medicamentos elencados na REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) 2023 classificados como Componente Municipal da Assistência Farmacêutica, designados para fornecimento aos munícipes de São Pedro da Aldeia/RJ

**Tipo de Benefício:** -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
101	ESCOPOLAMINA, BUTILBROMETO 10MG/ML SOLUÇÃO ORAL Frasco 20ML	FR	_____	1.000,00	_____	_____
Descr	_____					
102	ESPIRONOLACTONA 25MG	CO	_____	92.000,00	_____	_____
Descr	_____					
103	FENITOINA SÓDICA 100MG	CO	_____	90.000,00	_____	_____
Descr	_____					
104	FENOBARBITAL 100MG	CO	_____	152.000,00	_____	_____
Descr	_____					
105	FENORBARBITAL 40MG/ML SOLUÇÃO ORAL Frasco 20ml	FR	_____	600,00	_____	_____
Descr	_____					
106	FLUCONAZOL 150MG	cap	_____	8.500,00	_____	_____
Descr	Capsula					
107	FLUMAZENIL 0,1MG AMPOLA 5ML	AM	_____	2.400,00	_____	_____
Descr	_____					
108	FLUORESCÉINA SÓDICA SOLUÇÃO OFTÁLMICA 1% Frasco 3ml	FR	_____	260,00	_____	_____
Descr	_____					
109	FLUOXETINA, CLORIDRATO 20MG	CO	_____	222.000,00	_____	_____
Descr	_____					
110	FUROSEMIDA 40MG	CO	_____	96.000,00	_____	_____
Descr	_____					
111	GLIBENCLAMIDA 5MG	CO	_____	190.000,00	_____	_____
Descr	_____					
112	GLICLAZIDA 30MG	CO	_____	260.000,00	_____	_____
Descr	Comprimido de liberação prolongada					
113	GLICLAZIDA 60MG	CO	_____	150.000,00	_____	_____
Descr	Comprimido de liberação prolongada					
114	GLIMEPIRIDA 2MG	CO	_____	20.000,00	_____	_____
Descr	_____					
115	HALOPERIDOL 1MG	CO	_____	54.000,00	_____	_____
Descr	_____					
116	HALOPERIDOL 2MG/ML SOLUÇÃO ORAL GOSTAS FRASCO 20 ML	FR	_____	300,00	_____	_____
Descr	_____					
117	HALOPERIDOL 5MG	CO	_____	150.000,00	_____	_____
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: 13175/2023  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº Edital: 90049/2024  
CNPJ: \_\_\_\_\_ Data: 31/10/2024  
Inscrição Estadual: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_  
Inscrição Municipal: \_\_\_\_\_  
Agência: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_ C/C: \_\_\_\_\_

**Objeto:** Aquisição de medicamentos elencados na REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) 2023 classificados como Componente Municipal da Assistência Farmacêutica, designados para fornecimento aos munícipes de São Pedro da Aldeia/RJ

**Tipo de Benefício:** -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
118	HALOPERIDOL 5MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL Ampola 1ml	AM	_____	1.000,00	_____	_____
Descr	_____					
119	HALOPERIDOL, DECANOATO , 50MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL Ampola 1ml	AM	_____	6.000,00	_____	_____
Descr	_____					
120	HIDRALAZINA, CLORIDRATO 25MG	CO	_____	100.000,00	_____	_____
Descr	_____					
121	HIDRALAZINA, CLORIDRATO 50MG	CO	_____	60.000,00	_____	_____
Descr	_____					
122	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG	CO	_____	480.000,00	_____	_____
Descr	_____					
123	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 61,5MG SUSPENSÃO ORAL Frasco 240ML	FR	_____	1.350,00	_____	_____
Descr	_____					
124	IBUPROFENO 300MG	CO	_____	30.000,00	_____	_____
Descr	_____					
125	IBUPROFENO 50MG/ML SUSPENSÃO ORAL Frasco 30ml	FR	_____	1.820,00	_____	_____
Descr	_____					
126	IBUPROFENO 600MG	CO	_____	80.000,00	_____	_____
Descr	_____					
127	IMIPRAMINA, CLORIDRATO 25MG	CO	_____	120.000,00	_____	_____
Descr	_____					
128	IMUNOGLOBULINA ANTI-Rho (D) INJETÁVEL 300 mcg Frasco 2ML	AM	_____	400,00	_____	_____
Descr	_____					
129	INDAPAMIDA 1,5MG	CO	_____	10.000,00	_____	_____
Descr	_____					
130	IPRATRÓPIO, BROMETO 0,25MG/ML Frasco 20ml	FR	_____	1.000,00	_____	_____
Descr	_____					
131	ISOSSORBIDA, MONONITRATO 20MG	CO	_____	120.000,00	_____	_____
Descr	_____					
132	ITRACONAZOL 100mg Capsula	CO	_____	10.000,00	_____	_____
Descr	_____					
133	IVERMECTINA 6MG	CO	_____	5.200,00	_____	_____
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: 13175/2023  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº Edital: 90049/2024  
CNPJ: \_\_\_\_\_ Data: 31/10/2024  
Inscrição Estadual: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_  
Inscrição Municipal: \_\_\_\_\_  
Agência: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_ C/C: \_\_\_\_\_

**Objeto:** Aquisição de medicamentos elencados na REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) 2023 classificados como Componente Municipal da Assistência Farmacêutica, designados para fornecimento aos munícipes de São Pedro da Aldeia/RJ

**Tipo de Benefício:** -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
134	LACTULOSE 667 MG SOL ORAL Frasco 120 ML	FR	_____	630,00	_____	_____
Descr	_____					
135	LEVOFLOXACINO 500MG	CO	_____	8.000,00	_____	_____
Descr	_____					
136	LEVOMEPROMAZINA, MALEATO 100MG	CO	_____	30.000,00	_____	_____
Descr	_____					
137	LEVOMEPROMAZINA, MALEATO 25MG	CO	_____	20.000,00	_____	_____
Descr	_____					
138	LEVOMEPROMAZINA, MALEATO 40 MG/ML Frasco 20ml	FR	_____	120,00	_____	_____
Descr	_____					
139	LEVOTIROXINA SÓDICA 100MCG	CO	_____	20.500,00	_____	_____
Descr	_____					
140	LEVOTIROXINA SÓDICA 25MCG	CO	_____	15.000,00	_____	_____
Descr	_____					
141	LEVOTIROXINA SÓDICA 50 MCG	CO	_____	18.000,00	_____	_____
Descr	_____					
142	LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG	CO	_____	19.000,00	_____	_____
Descr	_____					
143	LIDOCAINA CLORIDRATO GELEIA 20mg/ml (2%) Bisnaga 30G	TU	_____	500,00	_____	_____
Descr	_____					
144	LIDOCAINA SPRAY 10% 100mg/ml FRASCO 50ML	FR	_____	40,00	_____	_____
Descr	_____					
145	LIDOCAINA, CLORIDRATO 20 MG/ML (2%) SOLUÇÃO INJETÁVEL FRASCO 20ML	FR	_____	1.200,00	_____	_____
Descr	Frasco-Ampola 20ML					
146	LORATADINA 10MG	CO	_____	13.200,00	_____	_____
Descr	_____					
147	LORATADINA 1MG/ML XAROPE Frasco 100ml	FR	_____	1.000,00	_____	_____
Descr	_____					
148	LOSARTANA POTÁSSICA 50MG	CO	_____	1.500.000,00	_____	_____
Descr	_____					
149	MEBENDAZOL 100MG	CO	_____	1.200,00	_____	_____
Descr	_____					
150	MEBENDAZOL 20MG/ML SUSPENSÃO ORAL Frasco 30ml	FR	_____	460,00	_____	_____
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: 13175/2023  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº Edital: 90049/2024  
CNPJ: \_\_\_\_\_ Data: 31/10/2024  
Inscrição Estadual: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_  
Inscrição Municipal: \_\_\_\_\_  
Agência: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_ C/C: \_\_\_\_\_

**Objeto:** Aquisição de medicamentos elencados na REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) 2023 classificados como Componente Municipal da Assistência Farmacêutica, designados para fornecimento aos munícipes de São Pedro da Aldeia/RJ

**Tipo de Benefício:** -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
151	METFORMINA, CLORIDRATO 500MG	CO	_____	180.000,00	_____	_____
Descr	_____					
152	METFORMINA, CLORIDRATO 850MG	CO	_____	500.000,00	_____	_____
Descr	_____					
153	METILDOPA 250MG	CO	_____	83.000,00	_____	_____
Descr	_____					
154	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 10MG	CO	_____	600,00	_____	_____
Descr	_____					
155	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO SOLUÇÃO ORAL 4MG/ML Frasco 10ml	FR	_____	400,00	_____	_____
Descr	_____					
156	METRONIDAZOL 10% GEL VAGINAL Bisnaga 50g	TU	_____	2.400,00	_____	_____
Descr	_____					
157	METRONIDAZOL 250MG	CO	_____	16.000,00	_____	_____
Descr	_____					
158	METRONIDAZOL 40MG/ML SUSPENSÃO Frasco 120ml	FR	_____	120,00	_____	_____
Descr	_____					
159	MICONAZOL 20MG/G (2%) CREME VAGINAL Bisnaga 80g	TU	_____	700,00	_____	_____
Descr	_____					
160	MIDAZOLAM 7,5MG	CO	_____	800,00	_____	_____
Descr	_____					
161	MIDAZOLAM Cloridrato 5MG/ML Ampola 3ML	AM	_____	650,00	_____	_____
Descr	_____					
162	NEOMICINA, SULFATO + BACITRACINA 5MG/G + 250UI/G CREME BISNAGA 10G	TU	_____	2.700,00	_____	_____
Descr	_____					
163	NIFEDIPINO 20MG	CO	_____	140.000,00	_____	_____
Descr	_____					
164	NIFEDIPINO RETARD 20MG	CO	_____	360.000,00	_____	_____
Descr	Comprimido de liberação prolongada					
165	NISTATINA 1000.000UI/ML SUSPENSÃO ORAL Frasco 60 ml	FR	_____	150,00	_____	_____
Descr	_____					
166	NISTATINA 25.000 UI/G CREME VAGINAL Bisnaga 60g	TU	_____	1.200,00	_____	_____
Descr	_____					
167	NORFLOXACINO 400MG	CO	_____	6.000,00	_____	_____
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: 13175/2023  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº Edital: 90049/2024  
CNPJ: \_\_\_\_\_ Data: 31/10/2024  
Inscrição Estadual: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_  
Inscrição Municipal: \_\_\_\_\_  
Agência: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_ C/C: \_\_\_\_\_

**Objeto:** Aquisição de medicamentos elencados na REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) 2023 classificados como Componente Municipal da Assistência Farmacêutica, designados para fornecimento aos munícipes de São Pedro da Aldeia/RJ

**Tipo de Benefício:** -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
168	ÓLEO CICATRIZANTE A BASE DE ÁCIDOS GRAXOS FRASCO 200ML	FR	_____	13.800,00	_____	_____
Descr	_____					
169	ÓLEO MINERAL FRASCO (PETROLATO) Frasco de 100ml	FR	_____	600,00	_____	_____
Descr	_____					
170	OMEPRAZOL 20MG	CO	_____	300.000,00	_____	_____
Descr	_____					
171	PANTOPRAZOL 20 MG	CO	_____	150.000,00	_____	_____
Descr	_____					
172	PARACETAMOL 200MG/ML Frasco 20ml	FR	_____	1.700,00	_____	_____
Descr	_____					
173	PARACETAMOL 500MG	CO	_____	18.000,00	_____	_____
Descr	_____					
174	PERICIAZINA 10mg/ml 1% SOLUÇÃO ORAL FRASCO 20 ML	FR	_____	220,00	_____	_____
Descr	_____					
175	PERICIAZINA 40mg/ml 4% SOLUÇÃO ORAL FRASCO 20 ML	FR	_____	250,00	_____	_____
Descr	_____					
176	PERMETRINA 1% - 10MG/ML LOÇÃO FRASCO 60 ML	FR	_____	510,00	_____	_____
Descr	_____					
177	PERMETRINA 5% - 50MG/ML LOÇÃO FRASCO 60 ML	FR	_____	570,00	_____	_____
Descr	_____					
178	PETIDINA SOLUÇÃO INJETÁVEL 50MG/ML Ampola 2ML	AM	_____	360,00	_____	_____
Descr	_____					
179	POLIVITAMINICO DO COMPLEXO B (B1, B2, B3, B5, B6)	CO	_____	10.000,00	_____	_____
Descr	_____					
180	POLIVITAMINICO DO COMPLEXO B SOLUÇÃO ORAL (B1, B2, B3, B5, B6) GOTAS Frasco 30ml	FR	_____	8.000,00	_____	_____
Descr	_____					
181	PREDNISOLONA, FOSFATO SÓDICO SOLUÇÃO ORAL 3 MG/ML Frasco 120ML	FR	_____	6.500,00	_____	_____
Descr	_____					
182	PREDNISONA 20MG	CO	_____	26.000,00	_____	_____
Descr	_____					
183	PREDNISONA 5MG	CO	_____	21.500,00	_____	_____
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: 13175/2023  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº Edital: 90049/2024  
CNPJ: \_\_\_\_\_ Data: 31/10/2024  
Inscrição Estadual: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_  
Inscrição Municipal: \_\_\_\_\_  
Agência: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_ C/C: \_\_\_\_\_

**Objeto:** Aquisição de medicamentos elencados na REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) 2023 classificados como Componente Municipal da Assistência Farmacêutica, designados para fornecimento aos munícipes de São Pedro da Aldeia/RJ

**Tipo de Benefício:** -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
184	PROMETAZINA CLORIDRATO 25MG	CO	_____	160.000,00	_____	_____
Descr	_____					
185	PROMETAZINA CLORIDRATO 25MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL Ampola 2ml	AM	_____	1.200,00	_____	_____
Descr	_____					
186	PROPRANOLOL, CLORIDRATO 40MG	CO	_____	26.000,00	_____	_____
Descr	_____					
187	PROXIMETACAINA 5MG/ML (0,5%) SOLUÇÃO OFTÁLMICA Frasco 5ml	FR	_____	240,00	_____	_____
Descr	_____					
188	RISPERIDONA 1 MG/ML SOLUÇÃO ORAL Frasco 30ml	FR	_____	3.000,00	_____	_____
Descr	_____					
189	RISPERIDONA 1MG	CO	_____	110.000,00	_____	_____
Descr	_____					
190	RISPERIDONA 2MG	CO	_____	110.000,00	_____	_____
Descr	_____					
191	RISPERIDONA 3MG	CO	_____	70.000,00	_____	_____
Descr	_____					
192	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL 27,9 g PÓ PARA SOLUÇÃO	EV	_____	4.000,00	_____	_____
Descr	_____					
193	SECNIDAZOL 1.000MG	CO	_____	1.600,00	_____	_____
Descr	_____					
194	SERTRALINA, CLORIDRATO 50MG	CO	_____	140.000,00	_____	_____
Descr	_____					
195	SIMETICONA 40MG	CO	_____	24.000,00	_____	_____
Descr	_____					
196	SIMETICONA 75MG/ML SOLUÇÃO ORAL Frasco 30ml	FR	_____	1.000,00	_____	_____
Descr	_____					
197	SINVASTATINA 20MG	CO	_____	210.000,00	_____	_____
Descr	_____					
198	SINVASTATINA 40MG	CO	_____	90.000,00	_____	_____
Descr	_____					
199	SULFADIAZINA DE PRATA 1% CREME Bisnaga 50g	TU	_____	6.000,00	_____	_____
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: 13175/2023  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº Edital: 90049/2024  
CNPJ: \_\_\_\_\_ Data: 31/10/2024  
Inscrição Estadual: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_  
Inscrição Municipal: \_\_\_\_\_  
Agência: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_ C/C: \_\_\_\_\_

**Objeto:** Aquisição de medicamentos elencados na REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) 2023 classificados como Componente Municipal da Assistência Farmacêutica, designados para fornecimento aos munícipes de São Pedro da Aldeia/RJ

**Tipo de Benefício:** -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
200	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 40 MG+ 8MG/ML SUSPEN SÃO Frasco 100ml	FR	_____	720,00	_____	_____
Descr	_____					
201	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 400 MG + 80 MG	CO	_____	10.000,00	_____	_____
Descr	_____					
202	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 800 MG + 160 MG	CO	_____	12.000,00	_____	_____
Descr	_____					
203	SULFATO FERROSO 25MG/ML SOLUÇÃO ORAL Frasco 30ml	FR	_____	1.500,00	_____	_____
Descr	_____					
204	SULFATO FERROSO 40MG	CO	_____	160.000,00	_____	_____
Descr	_____					
205	SULFATO FERROSO 5MG/ML XAROPE Frasco 100ml	FR	_____	3.000,00	_____	_____
Descr	_____					
206	TENOXICAM 20MG	CO	_____	2.000,00	_____	_____
Descr	_____					
207	TRAMADOL, CLORIDRATO 50MG	CO	_____	60.000,00	_____	_____
Descr	_____					
208	TROPICAMIDA 10MG /ML 1% Frasco 5ml	FR	_____	260,00	_____	_____
Descr	_____					
209	VALPROATO DE SÓDIO 250 MG	CO	_____	75.000,00	_____	_____
Descr	_____					
210	VALPROATO DE SÓDIO 50 MG/ML XAROPE Frasco 100ml	FR	_____	1.800,00	_____	_____
Descr	_____					
211	VALPROATO DE SÓDIO 500 MG	CO	_____	180.000,00	_____	_____
Descr	_____					
212	VARFARINA SÓDICA 5MG	CO	_____	4.000,00	_____	_____
Descr	_____					
213	VERAPAMIL, CLORIDRATO 80MG	CO	_____	6.000,00	_____	_____
Descr	_____					

Valor Total: \_\_\_\_\_

Por extenso: \_\_\_\_\_

Prazo de entrega do objeto conforme o edital  
Validade da Proposta 60 dias

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: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Inscrição Estadual: \_\_\_\_\_

Inscrição Municipal: \_\_\_\_\_

Agência: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_ C/C: \_\_\_\_\_

Un. Gestora: FMS

Processo Adm: 13175/2023

Nº Edital: 90049/2024

Data: 31/10/2024

Horário:

**Objeto:** Aquisição de medicamentos elencados na REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) 2023 classificados como Componente Municipal da Assistência Farmacêutica, designados para fornecimento aos munícipes de São Pedro da Aldeia/RJ

**Condições de pagamento conforme o edital**

**Qualificação do representante legal:**

\_\_\_\_\_  
Assinatura/Carimbo do Responsável