

ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CELSO RAMOS

CNPJ: 14.608.771/0001-70
 RUA JOSE MARTINELLI 198
 C.E.P.: 88598-000 - Celso Ramos - SC

PREGÃO PRESENCIAL

Nr.: 12/2021 - PR

Processo Administrativo: 12/2021
 Data do Processo Adm.: 18/05/2021
 Processo Licitatório: 12/2021
 Data do Processo: 18/05/2021

Folha: 1/2

(As propostas serão abertas para julgamento às 14:00 horas do dia 01/06/2021).

Fornecedor: E-mail:
 Endereço: Contato:
 Cidade: Estado: Telefone:
 CNPJ / CPF: Inscrição Estadual: Fax:
 Validade da Proposta: Prazo Entrega/Exec.: Condições de Pagamento:

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
1	10354	TB	BETAMETASONA + ACIDO SALICILICO	13,6900	100,000	_____	_____	_____
2	10355	FR	CLORIDRATO DE BROMEXINA 1,6MG/ML XAROPE	11,2100	500,000	_____	_____	_____
3	10356	COMP	DOIS	1,3300	500,000	_____	_____	_____
4	10357	CAPS	AREDS	1,3300	500,000	_____	_____	_____
5	10358	COMP	UNINALTREX 50MG-----	3,5300	1.000,000	_____	_____	_____
6	10359	COMP	VIGOG 5MG	0,6700	800,000	_____	_____	_____
7	10360	UN	BACLOFENO 10MG-----	0,6600	1.000,000	_____	_____	_____
8	10361	COMP	VITAMINA D3 7000UI	1,3000	2.000,000	_____	_____	_____
9	10362	FR	KALOPA	59,0000	100,000	_____	_____	_____
10	10363	COMP	DOLAMIN FLEX	2,6100	2.000,000	_____	_____	_____
11	10364	COMP	TRAUMMEL 5COMP	1,0900	1.000,000	_____	_____	_____

Local e Data:,/...../.....

 Carimbo e Assitura do Fornecedor

ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CELSO RAMOS

CNPJ: 14.608.771/0001-70
RUA JOSE MARTINELLI 198
C.E.P.: 88598-000 - Celso Ramos - SC

PREGÃO PRESENCIAL

Nr.: 12/2021 - PR

Processo Administrativo: 12/2021
Data do Processo Adm.: 18/05/2021
Processo Licitatório: 12/2021
Data do Processo: 18/05/2021

Folha: 2/2

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
12	10365	COMP	NEOVANGY MR 35MG	1,5200	1.000,000	_____	_____	_____
13	10366	FR	BRIMODINA 1MG/L (COLIRIO 5ML)	30,2800	300,000	_____	_____	_____
14	10367	FR	DRUSOLOL (COLIRIO)	59,0600	300,000	_____	_____	_____
15	10368	FR	LATANOPROSTA 0,05MG/ML (COLIRIO)	10,4000	300,000	_____	_____	_____

Local e Data:,/...../.....

Carimbo e Assitura do Fornecedor