

**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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
Processo Licitatório: 10/2018  
Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 1/27

**(As propostas serão abertas para julgamento às 08:30 horas do dia 08/03/2018).**

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	5227	FR	AMOXICILINA + CLAVULANATO SUSPENSÃO	17,0190	1.000,000	_____	_____	_____
2	6978	UN	ACEBROFILINA XAROPE ADULTO 50 MG EMBALAGEM CONTENDO 1 FRASCO DE 120 ML, ACOMPANHADO DE UM COPO-MEDIDA GRADUADO DE 10 ML	16,9500	500,000	_____	_____	_____
3	6977	UN	ACEBROFILINA XAROPE PEDIÁTRICO 25 MG EMBALAGEM CONTENDO 1 FRASCO DE 120 ML, ACOMPANHADO DE UM COPO-MEDIDA GRADUADO DE 10 ML	15,9500	300,000	_____	_____	_____
4	4388	AMP	ACETATO DE HIDROCORTISONA 100MG	5,8570	500,000	_____	_____	_____
5	4387	UN	ACETATO DE HIDROCORTISONA CREME 1%	5,4820	1.000,000	_____	_____	_____
6	4375	COMP	ACETATO DE NORESTISTERONA E ESTRADIOL (0,5 MG + 1MG)(SUPRELE)	0,7530	7.000,000	_____	_____	_____
7	6982	UN	ACETATO DE RETINOL, COLECALCIFEROL - FRASCO GOTEJADOR CONTENDO 10 ML. CADA ML (40 GOTAS) DA SOLUÇÃO ORAL CONTÉM: 50.000 UI DE ACETATO DE RETINOL (VITAMINA A) E 10.000 UI DE COLECALCIFEROL (VITAMINA D).	15,6500	30,000	_____	_____	_____

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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
 Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
 Processo Licitatório: 10/2018  
 Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 2/27

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
8	4309	COMP	ACICLOVIR 200MG	0,1780	5.000,000	_____	_____	_____
9	4652	TB	ACICLOVIR POMADA	3,4780	400,000	_____	_____	_____
10	4390	COMP	ACIDO ACETILSALICILICO 100MG	0,0290	80.000,000	_____	_____	_____
11	4391	COMP	ACIDO ACETILSALICILICO 500MG	0,0440	2.000,000	_____	_____	_____
12	4392	COMP	ACIDO FOLICO 5MG	0,0690	20.000,000	_____	_____	_____
13	5791	COMP	ACIDO TRANEXOMICO 250MG	2,9560	1.100,000	_____	_____	_____
14	4403	CAPS	ACIDO VALPROICO/SODIO 500MG	1,0740	30.000,000	_____	_____	_____
15	4452	AMP	ADRENALINA injetavel 01MG/01ML	3,4260	50,000	_____	_____	_____
16	4975	UN	AGUA DESTILADA PARA INJEÇÃO 10 ML	0,5980	500,000	_____	_____	_____
17	4250	UN	AGUA DESTILADA PARA INJEÇÃO 5ML	0,4980	500,000	_____	_____	_____
18	5009	FR	Aidê 3 - Suplemento De Vitamina D - 10 MI Gotas	5,9400	50,000	_____	_____	_____
19	4393	COMP	ALBENDAZOL MASTIGAVEL 400MG	1,1300	5.000,000	_____	_____	_____
20	4394	FR	ALBENDAZOL SUSPENSÃO ORAL 40MG/10ML	1,8040	1.000,000	_____	_____	_____
21	5587	COMP	ALENDRONATO DE SODIO 70MG	0,4800	15.000,000	_____	_____	_____
22	4840	FR	ALENIA 12+400MCG- FRASCO C/ 60CAPSULAS	115,0000	500,000	_____	_____	_____
23	6997	UN	ALOGLIPTINA E PIOGLITAZONA COMPRIMIDOS REVESTIDOS 25 MG + 30 MG - EMBALAGEM C/ 30 COMPRIMIDOS	130,1300	17,000	_____	_____	_____

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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
 Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
 Processo Licitatório: 10/2018  
 Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 3/27

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
24	4395	COMP	ALOPURINOL 100MG	0,0760	18.000,000	_____	_____	_____
25	4396	COMP	ALOPURINOL 300MG	0,1790	5.000,000	_____	_____	_____
26	4397	COMP	ALPRAZOLAM 0,5 MG	0,1470	20.000,000	_____	_____	_____
27	6500	COMP	AMILORIDA 25MG+HIDRO 25MG	0,1500	5.000,000	_____	_____	_____
28	4399	COMP	AMINOFILINA 100MG	0,0640	6.000,000	_____	_____	_____
29	4400	COMP	AMINOFILINA 200MG	0,1020	6.000,000	_____	_____	_____
30	5231	FLS	AMOXICILINA SUSPENSÃO ORAL 250MG/5ML	3,6000	1.500,000	_____	_____	_____
31	4405	COMP	AMOXILINA 500MG	0,2020	40.000,000	_____	_____	_____
32	4406	COMP	AMOXILINA+CLAVULANATO DE POTASSIO 500MG	1,3320	20.000,000	_____	_____	_____
33	4407	COMP	AMPICILINA 500MG	0,2360	2.000,000	_____	_____	_____
34	5083	UN	ANESTESICO SOLUÇÃO OFTALMICA ESTERIL 10ML CLORIDRATO DE TETRACAINA 1% + CLORIDRATO DE FENILEFRINA 0,1%	12,7300	300,000	_____	_____	_____
35	5282	FR	ANESTESICO TOPICO GEL BENZOCAINA 20% TUTI FRUTI FRASCO 200MG	7,9890	50,000	_____	_____	_____
36	6507	UN	APEVITIN BC - frasco de 240 mL + dosador	9,1000	100,000	_____	_____	_____
37	4408	COMP	ATENOLOL 100MG	0,0740	40.000,000	_____	_____	_____
38	5805	COMP	ATENOLOL 25MG	1,1370	60.000,000	_____	_____	_____
39	4409	COMP	ATENOLOL 50MG	0,2020	80.000,000	_____	_____	_____

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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
 Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
 Processo Licitatório: 10/2018  
 Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 4/27

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
40	6151	COMP	ATORVASTATINA CALCICA 10MG	0,4000	5.000,000	_____	_____	_____
41	6030	COMP	ATORVASTATINA CALCICA 20MG	0,5000	5.000,000	_____	_____	_____
42	4678	COMP	ATORVASTATINA SODICA 10MG- TREZOR 10MG	0,2970	10.000,000	_____	_____	_____
43	4411	FR	AZITROMICINA 200MG/ML- SUSPENSAO ORAL	3,7640	1.000,000	_____	_____	_____
44	4410	COMP	AZITROMICINA 500MG	0,6710	20.000,000	_____	_____	_____
45	4656	FR	AZORGA COLIRIO	69,8490	100,000	_____	_____	_____
46	4317	COMP	BAMIFILINA 300MG	1,1550	10.000,000	_____	_____	_____
47	4413	AMP	BENZILPENICILINA BENZATINA PÓ PARA SUSP INJ. 1.200.000 UI	11,8000	800,000	_____	_____	_____
48	4414	AMP	BENZILPENICILINA BENZATINA PÓ PARA SUSP INJ. 600. 000 UI	5,3900	100,000	_____	_____	_____
49	4417	COMP	BESILATO DE ANLODIPINO 5mg	0,0580	10.000,000	_____	_____	_____
50	6986	UN	BETAISTINA 24 MG EMBALAGEM COM 30 COMPRIMIDOS	32,3000	167,000	_____	_____	_____
51	4318	COMP	BISSULFATO DE CLOPIDOGREL 75MG	0,6160	10.000,000	_____	_____	_____
52	6990	UN	BROMETO DE IPRATRÓPIO- SOLUÇÃO AEROSSOL DE 20 MCG/DOSE: FRASCO COM 10 ML (200 DOSES) ACOMPANHADO DE BOCAL	29,9900	20,000	_____	_____	_____
53	6989	UN	BROMETO DE UMECLIDÍNIO- VANISTO 62,5 MCG/ 30 DOSES	156,8600	30,000	_____	_____	_____
54	4446	UN	BROMETO IPRATROPIO GOTAS	1,0710	1.000,000	_____	_____	_____
55	4419	FR	BROMIDRATO DE FENOTEROL 5MG/10ML (BEROTEC)	2,8160	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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
Processo Licitatório: 10/2018  
Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 5/27

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
56	4653	COMP	BROMOPRIDA 20 MG	0,1270	40.000,000	_____	_____	_____
57	4420	FR	BROMOPRIDA GOTAS	2,9330	1.000,000	_____	_____	_____
58	4998	UN	BUDESONIDA 32MG AEROSOL NASAL	19,4680	500,000	_____	_____	_____
59	5121	UN	BUDESONIDA 64MG AEROSOL NASAL	39,2010	300,000	_____	_____	_____
60	4421	UN	BUDESONIDA AEROSOL COM ESPAÇADOR 200MCG/DOSE	39,0000	50,000	_____	_____	_____
61	4422	UN	BUDESONIDA PEDIÁTRICO AEROSOL - 50MCG/DOSE	28,5760	100,000	_____	_____	_____
62	5005	COMP	BUPROPIONA 150MG	1,5340	5.000,000	_____	_____	_____
63	4424	COMP	BUTILBROMETO DE ESCOPOLANINA 10mg+DIPIRONA SÓDICA 250mg	0,4430	30.000,000	_____	_____	_____
64	4899	COMP	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 10MG	0,5490	20.000,000	_____	_____	_____
65	4425	AMP	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 20MG/0L IM/IV/SC	1,6670	500,000	_____	_____	_____
66	4426	AMP	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 4MG/ML+DIPIRONA SODICA 500MG/ML IV	1,7340	1.000,000	_____	_____	_____
67	5803	FR	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA GOTAS	14,1200	1.000,000	_____	_____	_____
68	4428	FR	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA+DIPIRONA GOTAS	6,1930	1.500,000	_____	_____	_____
69	6998	UN	CANDESARTANA CILEXETILA + HIDROCLOROTIAZIDA COMPRIMIDOS COM 16 MG +12,5 MG EM EMBALAGEM C/ 30 COMPRIMIDOS	56,9200	67,000	_____	_____	_____
70	5584	COMP	CAPTOPRIL 25MG	0,0240	150.000,000	_____	_____	_____

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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
 Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
 Processo Licitatório: 10/2018  
 Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 6/27

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
71	4429	COMP	CARBAMAZEPINA 200 mg	0,1370	30.000,000	_____	_____	_____
72	4430	FR	CARBAMAZEPINA XAROPE 20MG/1ML	11,1050	500,000	_____	_____	_____
73	4431	COMP	CARBONATO DE CALCIO + COLECALCIFEROL 500mgCaCO3+400UI	0,7200	40.000,000	_____	_____	_____
74	4433	COMP	CARBONATO DE LITIO 300 mg	0,2130	10.000,000	_____	_____	_____
75	4434	UN	CARVAO VEGETAL ATIVADO PO PARA USO ORAL	1,0000	500,000	_____	_____	_____
76	4321	COMP	CARVEDILOL 12,5 MG	0,2770	3.000,000	_____	_____	_____
77	5234	COMP	CARVEDILOL 25MG	0,3560	3.000,000	_____	_____	_____
78	4435	COMP	CARVEDILOL 3,125 MG COMP.	0,1590	6.000,000	_____	_____	_____
79	4436	COMP	CARVEDILOL 6,25 MG	0,1800	6.000,000	_____	_____	_____
80	4322	FR	CEFALEXINA 250MG/5ML	10,0240	1.000,000	_____	_____	_____
81	4323	COMP	CEFALEXINA 500MG	0,4080	20.000,000	_____	_____	_____
82	4324	AMP	CEFOTAXIMA SODICA 500MG - PÓ ORAL INJETAVEL	6,8570	500,000	_____	_____	_____
83	5081	AMP	CEFTRIAXONA SODICA 1 GR/ IM- (DILUIDA)	13,9530	500,000	_____	_____	_____
84	4646	FR	CERUMIN GOTAS	11,8660	800,000	_____	_____	_____
85	4649	COMP	CETOCONAZOL 200MG	0,1780	8.000,000	_____	_____	_____
86	4648	TB	CETOCONAZOL 20MG CREME DERMATOLOGICO	1,8640	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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
 Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
 Processo Licitatório: 10/2018  
 Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 7/27

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
87	4439	FR	CETOCONAZOL XAMPU 2%	7,2250	500,000	_____	_____	_____
88	4326	AMP	CETOPROFENO 100MG IV	5,1760	500,000	_____	_____	_____
89	4440	AMP	CETOPROFENO 100mg/2mg IM	2,9770	500,000	_____	_____	_____
90	4441	COMP	CILOSTAZOL 100MG	1,0720	7.000,000	_____	_____	_____
91	4999	COMP	CILOSTAZOL 50MG	0,5090	10.000,000	_____	_____	_____
92	4643	COMP	CINARIZINA 25MG	0,1770	20.000,000	_____	_____	_____
93	4442	COMP	CINARIZINA 75 MG	0,2080	30.000,000	_____	_____	_____
94	6514	COMP	CIPROFIBRATO 100 MG	0,4000	10.000,000	_____	_____	_____
95	4647	UN	CIPROFLOXACINO COLÍRIO	15,5310	100,000	_____	_____	_____
96	4838	COMP	CITALOPRAM 20MG	0,2650	30.000,000	_____	_____	_____
97	4331	COMP	CLARITROMICINA 500MG	5,7190	200,000	_____	_____	_____
98	4444	COMP	CLONAZEPAM 2 MG	1,0750	60.000,000	_____	_____	_____
99	4456	FR	CLONAZEPAN SOLUÇÃO ORAL 2,5MG/ML	2,9960	2.000,000	_____	_____	_____
100	6999	UN	CLONIXINATO DE LISINA CLORIDRATO DE CICLOBENZAPRINA COMPRIMIDOS REVESTIDOS - EMBALAGEM COM 15 COMPRIMIDOS	46,3100	134,000	_____	_____	_____
101	4461	AMP	CLORIDRATO RANITIDINA 25 MG ML SOL INJ	1,1570	500,000	_____	_____	_____
102	6964	UN	CLORETO DE SODIO SOLUÇÃO NASAL 0,9% SPRAY	1,8790	50,000	_____	_____	_____

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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
 Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
 Processo Licitatório: 10/2018  
 Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 8/27

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
103	4467	COMP	CLORIDRATO DE ONDANSETONA 8MG COMP OU COMP DISPERSIVEL	2,7070	3.000,000	_____	_____	_____
104	4466	UN	CLORIDRATO ONDANSETONA 4MG COMP OU COMP DISPERSIVEL	2,5720	1.000,000	_____	_____	_____
105	4468	UN	CLORI RANITIDINA 15 MG ML XAROPE	7,4860	100,000	_____	_____	_____
106	4480	COMP	CLORIDRATO BIPERIDENO 4 MG	0,7940	2.000,000	_____	_____	_____
107	4941	AMP	CLORIDRATO DE LIDOCAINA 2% SOL. INJ - 20ml SEM VASO	3,0520	1.000,000	_____	_____	_____
108	4363	COMP	CLORIDRATO DE AMANTADINA 100MG	0,4410	1.000,000	_____	_____	_____
109	4485	FR	CLORIDRATO DE AMBROXOL XAROPE 15MG/5ML	1,9190	2.000,000	_____	_____	_____
110	4486	FR	CLORIDRATO DE AMBROXOL XAROPE 30MG/5ML	2,9980	2.000,000	_____	_____	_____
111	4644	COMP	CLORIDRATO DE AMIODARONA 100MG	0,5850	8.000,000	_____	_____	_____
112	4487	COMP	CLORIDRATO DE AMIODARONA 200MG	0,4380	6.000,000	_____	_____	_____
113	4483	COMP	CLORIDRATO DE AMITIPTILINA 75 MG	0,5140	20.000,000	_____	_____	_____
114	4488	COMP	CLORIDRATO DE AMITRIPTILINA 25 MG	0,0690	60.000,000	_____	_____	_____
115	5235	COMP	CLORIDRATO DE BIPERIDENO 2 MG	0,3300	20.000,000	_____	_____	_____
116	6988	UN	CLORIDRATO DE CICLOBENZAPRINA 10 MG EMBALAGEM COM 30 COMPRIMIDOS	27,5000	334,000	_____	_____	_____
117	4490	AMP	CLORIDRATO DE CIMETIDINA 150MG/MLIV/IM	1,1430	100,000	_____	_____	_____
118	4333	COMP	CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO 500MG	0,3030	20.000,000	_____	_____	_____

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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
 Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
 Processo Licitatório: 10/2018  
 Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 9/27

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
119	4315	COMP	CLORIDRATO DE CLONIDINA 0,150MG	0,2760	1.500,000	_____	_____	_____
120	4491	COMP	CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 100MG	0,3170	5.000,000	_____	_____	_____
121	4492	COMP	CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 25MG	0,3100	15.000,000	_____	_____	_____
122	4650	COMP	CLORIDRATO DE DILTIAZEM 60MG	0,1970	10.000,000	_____	_____	_____
123	5794	COMP	CLORIDRATO DE DONEPEZILA 10MG	2,4600	8.000,000	_____	_____	_____
124	5794	COMP	CLORIDRATO DE DONEPEZILA 10MG	1,3000	2.000,000	_____	_____	_____
125	4472	AMP	CLORIDRATO DE DOPAMINA 50MG/10ML	1,7080	50,000	_____	_____	_____
126	4336	COMP	CLORIDRATO DE DULOXETINA 30MG	6,9580	16.000,000	_____	_____	_____
127	4346	AMP	CLORIDRATO DE EPINEFRINA 1MG/ML - SOL. INJETAVEL	3,4260	50,000	_____	_____	_____
128	6980	UN	CLORIDRATO DE FENAZOPIRIDINA 200 MG EMBALAGEM COM 18 COMPRIMIDOS	16,2200	120,000	_____	_____	_____
129	4493	CAPS	CLORIDRATO DE FLUOXETINA 20MG	0,1030	50.000,000	_____	_____	_____
130	6994	UN	CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA GELEIA ESTÉRIL 20 MG/G EM EMBALAGEM COM 1 BISNAGA CONTENDO 30 G	7,8000	50,000	_____	_____	_____
131	4494	TB	CLORIDRATO DE LIDOCAINA GEL 2%	3,1570	100,000	_____	_____	_____
132	6975	UN	CLORIDRATO DE LOPERAMIDA 2 MG EMBALAGEM C/4 COMPRIMIDOS	2,3300	300,000	_____	_____	_____
133	4312	COMP	CLORIDRATO DE MEMANTINA 10MG	0,3600	20.000,000	_____	_____	_____
134	4842	CX	Cloridrato de mepivacaina + epinefrina - MEPIVALEM - cx c/ 50 tubos	102,8570	30,000	_____	_____	_____

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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
 Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
 Processo Licitatório: 10/2018  
 Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 10/27

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
135	5585	COMP	CLORIDRATO DE METFORMINA 500MG	0,0800	100.000,000	_____	_____	_____
136	5586	COMP	CLORIDRATO DE METFORMINA 850MG	0,0880	200.000,000	_____	_____	_____
137	4495	COMP	CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA 10MG	0,0800	20.000,000	_____	_____	_____
138	4496	AMP	CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA SOL.INJETAVEL 5MG/ML	0,5410	300,000	_____	_____	_____
139	4497	FR	CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA SOL.ORAL 4MG/ML	0,8560	1.000,000	_____	_____	_____
140	6974	UN	CLORIDRATO DE NAFAZOLINA + SULFATO DE ZINCO HEPTAIDRATADO- SOLUÇÃO OFTÁLMICA FRASCO 20 ML	13,1800	60,000	_____	_____	_____
141	6153	COMP	CLORIDRATO DE NEBIVOLOL 5MG	0,7000	500,000	_____	_____	_____
142	4499	CAPS	CLORIDRATO DE NORTRIPTILINA 10MG	0,4590	40.000,000	_____	_____	_____
143	4500	CAPS	CLORIDRATO DE NORTRIPTILINA 25MG	0,4310	10.000,000	_____	_____	_____
144	4501	CAPS	CLORIDRATO DE NORTRIPTILINA 50MG	0,5500	5.000,000	_____	_____	_____
145	4502	CAPS	CLORIDRATO DE NORTRIPTILINA 75MG	0,2260	5.000,000	_____	_____	_____
146	4502	CAPS	CLORIDRATO DE NORTRIPTILINA 75MG	0,7000	5.000,000	_____	_____	_____
147	4334	COMP	CLORIDRATO DE PAROXETINA 20MG	0,3220	30.000,000	_____	_____	_____
148	4503	COMP	CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25 MG	0,1760	10.000,000	_____	_____	_____
149	4504	AMP	CLORIDRATO DE PROMETAZINA SOL.INJETAVEL 25MG/ML	2,3480	1.000,000	_____	_____	_____
150	4505	COMP	CLORIDRATO DE PROPAFENONA 300MG	0,5200	5.000,000	_____	_____	_____

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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
 Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
 Processo Licitatório: 10/2018  
 Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 11/27

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
151	5801	COMP	CLORIDRATO DE PROPRANOLOL 40MG	0,0900	20.000,000	_____	_____	_____
152	5801	COMP	CLORIDRATO DE PROPRANOLOL 40MG	0,0200	3.000,000	_____	_____	_____
153	4506	COMP	CLORIDRATO DE RANITIDINA 150MG	0,1100	30.000,000	_____	_____	_____
154	4335	COMP	CLORIDRATO DE SERTRALINA 50MG	0,2530	80.000,000	_____	_____	_____
155	4839	COMP	CLORIDRATO DE TRAZODONA 150MG	4,3710	6.000,000	_____	_____	_____
156	4749	COMP	CLORIDRATO DE VENLAFAXINA 75MG	0,7350	80.000,000	_____	_____	_____
157	4508	COMP	CLORIDRATO DE VERAPAMIL 80MG	0,0960	10.000,000	_____	_____	_____
158	5793	COMP	CLOZAPINA 100MG	9,0600	1.000,000	_____	_____	_____
159	4642	COMP	COLCHICINA 5MG	0,2680	10.000,000	_____	_____	_____
160	4509	COMP	COMBIRON FOLICO (FERROCARBONILA, COMPLEXO B, ACIDO FOLICO)	0,6970	3.000,000	_____	_____	_____
161	4510	COMP	COMPLEXO B	0,0540	50.000,000	_____	_____	_____
162	4953	AMP	COMPLEXO B INJETAVEL	1,5880	200,000	_____	_____	_____
163	6501	COMP	CONCARDIO 2,5MG	0,5000	5.000,000	_____	_____	_____
164	6502	COMP	CONCARDIO 5MG	0,6000	10.000,000	_____	_____	_____
165	4511	AMP	DECANOATO DE HALOPERIDOL SOLUÇÃO INJETAVEL 1ML - 70,52MG/ML	14,0480	500,000	_____	_____	_____
166	4847	UN	DELTAMETRINA SHAMPOO	1,8420	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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
 Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
 Processo Licitatório: 10/2018  
 Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 12/27

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
167	4707	COMP	DEPAKENE 250MG	0,5140	8.000,000	_____	_____	_____
168	4706	FR	DEPAKENE SOLUÇÃO ORAL 50MG/ML	3,7710	500,000	_____	_____	_____
169	4512	COMP	DEPAKOTE (DIVALPROATO DE SODIO) 500MG	0,6170	6.000,000	_____	_____	_____
170	4513	AMP	DEXALGEM (VIT.B12,DEXAMILASONA,DIPIRONA) INJETAVEL	12,0000	1.000,000	_____	_____	_____
171	5080	COMP	DEXAMETASONA 4MG	0,2350	6.000,000	_____	_____	_____
172	4514	TB	DEXAMETASONA CREME 0,1%	1,2600	5.000,000	_____	_____	_____
173	4515	FR	DEXAMETASONA ELIXIR 0,5MG/ML	1,7410	600,000	_____	_____	_____
174	4337	FR	DEXAMETASONA OFTALMICO 0,1%	8,9430	150,000	_____	_____	_____
175	4445	FR	DEXAMETASONA XAROPE	1,5650	1.000,000	_____	_____	_____
176	4658	FR	DEXCLORFENIRAMINA XAROPE	1,4870	2.000,000	_____	_____	_____
177	4517	AMP	DIAZEPAM 5 MG SOL INJ	1,3900	1.000,000	_____	_____	_____
178	4451	AMP	DIAZEPAM INJETAVEL 10MG/02ML	1,1900	1.000,000	_____	_____	_____
179	4518	COMP	DIAZEPAN 5MG	0,0660	40.000,000	_____	_____	_____
180	4519	FR	DICLOFENACO DE POTASSIO GOTAS	3,0310	500,000	_____	_____	_____
181	4520	COMP	DICLOFENACO DE SODIO REV 50MG	0,0370	70.000,000	_____	_____	_____
182	4701	TB	DICLOFENACO GEL	4,7290	1.500,000	_____	_____	_____
183	4521	AMP	DICLOFENACO SODICO 75MG/3ML	1,0350	150,000	_____	_____	_____

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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
 Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
 Processo Licitatório: 10/2018  
 Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 13/27

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
184	4522	COMP	DIGOXINA COMP 0,25MG	0,0650	20.000,000	_____	_____	_____
185	4339	COMP	DIMENIDRINATO 50MG+PIRIDOXINA 10MG	0,3400	10.000,000	_____	_____	_____
186	4338	AMP	DIMENIDRINATO, CLORIDRATO DE PIRIDOXINE, GLICOSE, FRUTOSE INJETAVEL	5,4500	200,000	_____	_____	_____
187	4523	COMP	DIMETICONA 40MG	0,1200	15.000,000	_____	_____	_____
188	4524	FR	DIMETICONA GOTAS	1,2860	1.000,000	_____	_____	_____
189	6991	UN	DIOSMIN SDU (DIOSMINA + HESPERIDINA) GRANULADO 900 MG + 100 MG (SABOR LARANJA/LIMÃO): EMBALAGEM C/30 SACHÊS DE 5G	123,9500	20,000	_____	_____	_____
190	4340	COMP	DIOSMINA+HESPERIDINA 500G (450+50MG)	0,3520	40.000,000	_____	_____	_____
191	4661	COMP	DIOVAN TRIPLO	2,3210	3.000,000	_____	_____	_____
192	4525	AMP	DIPIRONA SODICA 1G/2ML IM/IV	0,7010	500,000	_____	_____	_____
193	6979	UN	DIPIRONA SÓDICA 50 MG/ML - SOLUÇÃO ORAL COM SABOR DE FRUTAS	12,2500	500,000	_____	_____	_____
194	4526	COMP	DIPIRONA SODICA 500MG	0,2700	80.000,000	_____	_____	_____
195	4527	FR	DIPIRONA SODICA SOLUÇÃO ORAL 50MG/ML	1,3110	2.000,000	_____	_____	_____
196	4342	AMP	DIPROPIONATO DE BETAMETASONA + FOSFATO DISSOD BETAMETAMETASONA. INJETAVEL	6,9760	1.000,000	_____	_____	_____
197	5001	COMP	DOLAMIN 125MG	1,2000	15.000,000	_____	_____	_____
198	6987	UN	DOMPERIDONA 10 MG EMBALAGEM COM 30 COMPRIMIDOS	15,5000	200,000	_____	_____	_____

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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
 Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
 Processo Licitatório: 10/2018  
 Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 14/27

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
199	5804	AMP	DRAMIM IM	3,0000	200,000	_____	_____	_____
200	4344	FR	DROPOPIZINA XAROPE 1,5 MG/ML 120ML - USO PEDIATRICO	3,9090	500,000	_____	_____	_____
201	4343	FR	DROPOPIZINA XAROPE 3MG/ML 120ML - USO ADULTO	4,0530	600,000	_____	_____	_____
202	4379	FR	DUO TRAVATAN (0,04/5MG) SOL. OFTALMICA COM 2,5	100,0000	100,000	_____	_____	_____
203	4965	CAPS	DUTASTERIDA + TANSULOSINA - COMBODART	3,5500	6.000,000	_____	_____	_____
204	6992	UN	DUTASTERIDA- CÁPSULA MOLE 0,5 MG EMBALAGEM COM 30 CAPSULAS	70,4600	14,000	_____	_____	_____
205	5008	COMP	ELIQUIS 5MG	3,9900	10.000,000	_____	_____	_____
206	4675	UN	ELOTIN GOTAS	10,0000	1.000,000	_____	_____	_____
207	4345	AMP	ENANTATO DE NORESTITERONA+VALETERATO DE ESTRADIOL (50MG/ML + 5MG/ML) INJETAVEL	10,5000	200,000	_____	_____	_____
208	5082	UN	EPITEZAN POMADA OFTALMICA 3,5 G	12,0890	100,000	_____	_____	_____
209	4961	COMP	ESCITALOPRAM 10 MG	0,4290	40.000,000	_____	_____	_____
210	4528	COMP	ESPINHEIRA SANTA	0,4600	5.000,000	_____	_____	_____
211	4529	COMP	ESPIRINOLACTONA 100 MG	0,3800	3.000,000	_____	_____	_____
212	4702	COMP	ESPIRINOLACTONA 25MG	0,1850	45.000,000	_____	_____	_____
213	4530	COMP	ESTEARATO DE ERITROMICINA CPS OU COMP 500MG	0,9440	1.000,000	_____	_____	_____
214	4533	COMP	ESTROGENIO CONJUGADO 0,3 MG COMP	0,8630	3.000,000	_____	_____	_____

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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
 Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
 Processo Licitatório: 10/2018  
 Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 15/27

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
215	4534	COMP	ESTROGENIOS CONJUGADOS 0,625MG	3,5880	3.000,000	_____	_____	_____
216	5797	COMP	EZETIMIBA 10MG	2,7230	1.000,000	_____	_____	_____
217	5797	COMP	EZETIMIBA 10MG	0,6300	200,000	_____	_____	_____
218	4349	COMP	FENITOÍNA SÓDICA 100MG	0,4630	5.000,000	_____	_____	_____
219	4537	COMP	FENOBARBITAL 100 MG	0,1900	20.000,000	_____	_____	_____
220	4539	FR	FENOBARBITAL SOL ORAL 40 mg/ml	5,2500	100,000	_____	_____	_____
221	4540	COMP	FLUCONAZOL 150 MG	0,3580	10.000,000	_____	_____	_____
222	4703	CAPS	FLUIR-FUMARATO DE FORMOTEROL 12MG	1,0670	20.000,000	_____	_____	_____
223	5004	COMP	FORFIG 100MG	2,0650	10.000,000	_____	_____	_____
224	6152	COMP	FOSFATO DE CODEINA 30MG	0,8000	10.000,000	_____	_____	_____
225	4541	AMP	FOSFATO DISSODICO DE DEXAMETASONA 2MG/MI IM	1,5010	500,000	_____	_____	_____
226	4542	AMP	FOSFATO DISSODICO DE DEXAMETASONA 4MG/MI IM/IV	2,9560	500,000	_____	_____	_____
227	4543	FR	FOSFATO SODICO DE PREDNISOLONA SOL.ORAL 1,34MG/ML(EQUIVALENTE A 1MG DE PREDNISOLONA BASE).	7,0800	1.000,000	_____	_____	_____
228	4373	COMP	FUMARATO DE QUETIAPINA 50MG - SEROQUEL	8,8310	10.000,000	_____	_____	_____
229	6164	UN	FUROATO DE FLUTICASONA 27,5 MCG COM 120 DOSES	39,0000	100,000	_____	_____	_____
230	6163	UN	FUROATO DE FLUTICASONA/TRIFENATATO DE VILANTEROL 100/25MCG COM 30 DOSES	111,0000	20,000	_____	_____	_____

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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
 Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
 Processo Licitatório: 10/2018  
 Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 16/27

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
231	4544	AMP	FUROSEMIDA 20MG/2ML INJETAVEL	1,1340	100,000	_____	_____	_____
232	4545	COMP	FUROSEMIDA 40MG	0,0620	20.000,000	_____	_____	_____
233	5511	COMP	GALVUS 50MG	2,6700	1.500,000	_____	_____	_____
234	5511	COMP	GALVUS 50MG	3,2000	2.000,000	_____	_____	_____
235	4448	COMP	GASTROGEL COMP	0,2100	10.000,000	_____	_____	_____
236	4546	COMP	GINKGO BILOBA 80MG	0,2300	60.000,000	_____	_____	_____
237	5588	COMP	GLIBENCLAMIDA 5MG	0,0320	80.000,000	_____	_____	_____
238	4547	COMP	GLICAZIDA 30 MG	0,4120	8.000,000	_____	_____	_____
239	4549	COMP	GLICAZIDA 80 MG	0,0570	10.000,000	_____	_____	_____
240	4353	FR	GLICEROL ENEMA 120MG/ML	17,0000	50,000	_____	_____	_____
241	4354	COMP	GLICEROL SUPOSITÓRIO 72MG	1,0650	100,000	_____	_____	_____
242	4705	UN	GLICEROL SUPOSITARIO INFANTIL	1,0440	1.000,000	_____	_____	_____
243	5510	AMP	GLICOSE HIPERTONICA 25 % 10 ML	0,3100	200,000	_____	_____	_____
244	5509	AMP	GLICOSE HIPERTONICA 50% 10 ML	0,3570	100,000	_____	_____	_____
245	6993	UN	GLUCOSAMINA 1.5G + CONDROITINA 1.2G SACHES- EMBALAGEM C/ 30 SACHES	231,0000	5,000	_____	_____	_____
246	4355	FR	GUACO XAROPE 120ML	7,5100	1.500,000	_____	_____	_____

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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
 Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
 Processo Licitatório: 10/2018  
 Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 17/27

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
247	4550	COMP	HALOPERIDOL 1 MG COMPR	0,1990	6.000,000	_____	_____	_____
248	4551	FR	HALOPERIDOL 2MG ML SOL ORAL	4,1500	500,000	_____	_____	_____
249	4552	COMP	HALOPERIDOL 5 MG	0,2120	10.000,000	_____	_____	_____
250	6504	UN	HEDERA (ABRILAR) FR -100ML	36,0000	100,000	_____	_____	_____
251	4356	AMP	HEMITARTARATO NOREPINEFRINA 2MG - SOL. INJETAVEL	7,5430	60,000	_____	_____	_____
252	5092	UN	Hexacetona de Triancinolona- suspensão esteril 20mg/ml	80,0000	50,000	_____	_____	_____
253	5582	COMP	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG	0,0288	200.000,000	_____	_____	_____
254	4556	FR	HIDROXIDO DE MAGNESIO+HIDROXIDO DE ALUMINIO SUSP ORAL 35,6MG+37MG/ML	3,0840	3.000,000	_____	_____	_____
255	4357	FR	HIPROMELOSE OFTALMICO 0,5% COLÍRIO	10,6370	100,000	_____	_____	_____
256	4557	COMP	IBUPROFENO 600MG	0,1440	80.000,000	_____	_____	_____
257	6996	UN	IBUPROFENO SUSPENSÃO GOTAS 100MG/ML FRASCO COM 20ML	29,5900	1.000,000	_____	_____	_____
258	5959	COMP	IMIPRAMINA 25MG	0,3000	6.000,000	_____	_____	_____
259	4358	COMP	ISOFLAVONA 80MG	0,3770	8.000,000	_____	_____	_____
260	6984	UN	ISOFLAVONA DE SOJA CAPS 150 MG EMBALAGEM C/ 30 CAPSULAS	58,4800	70,000	_____	_____	_____
261	4559	CAPS	ITRACONAZOL 100MG	0,7940	1.000,000	_____	_____	_____
262	5785	COMP	IVABRADINA 7,5 MG- PROCORALAN	3,6190	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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
 Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
 Processo Licitatório: 10/2018  
 Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 18/27

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
263	4560	COMP	IVERMECTINA 6MG COMP.	0,4590	1.000,000	_____	_____	_____
264	5799	COMP	JARDIANCE 25MG	7,3140	1.000,000	_____	_____	_____
265	6503	UN	KOID D (BETAMETASONA +DEXCLORFENIRAMINA) 120ML	3,7000	1.000,000	_____	_____	_____
266	5000	COMP	LABIRIN 16MG	0,5100	50.000,000	_____	_____	_____
267	4848	UN	LACTULONA XAROPE	11,5720	500,000	_____	_____	_____
268	4561	COMP	LEVODOPA E BASERAZIDA 200 E 50 MG	2,4120	5.000,000	_____	_____	_____
269	4565	COMP	LEVOFLOXACINO 500MG	1,8470	1.000,000	_____	_____	_____
270	4645	COMP	LEVOMEPRIMAZINA 25MG	0,4550	10.000,000	_____	_____	_____
271	5589	COMP	LEVONORGESTREL 0,15MG+ETINILESTRADIOL 0,03MG- CICLO 21	0,0400	10.000,000	_____	_____	_____
272	4359	COMP	LEVOTIROXINA SODICA 100 MCG	0,2000	20.000,000	_____	_____	_____
273	4360	COMP	LEVOTIROXINA SODICA 25 MCG	0,2030	30.000,000	_____	_____	_____
274	4361	COMP	LEVOTIROXINA SODICA 50 MCG	0,2320	40.000,000	_____	_____	_____
275	4568	COMP	LORATADINA 10MG	0,8700	40.000,000	_____	_____	_____
276	4569	FR	LORATADINA XAROPE 1MG/ML	2,4580	2.000,000	_____	_____	_____
277	5581	COMP	LOSARTANA POTASSICA 50MG	0,0560	200.000,000	_____	_____	_____
278	4677	COMP	LOSARTANA POTASSICA+HIDROCLOROTIAZIDA 50/12,5MG-ZARTH	0,1980	5.000,000	_____	_____	_____

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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
 Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
 Processo Licitatório: 10/2018  
 Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 19/27

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
279	6509	COMP	LOTAR 100/5MG	2,1000	5.000,000	_____	_____	_____
280	4962	FR	LUBRIFICANTE OCULAR 5 ML	49,0030	500,000	_____	_____	_____
281	6497	UN	MAGNEN B6 CAIXA COM 30 COMP	75,0000	100,000	_____	_____	_____
282	4570	COMP	MALEATO DE DEXCLORFERINAMINA 2MG	0,1310	20.000,000	_____	_____	_____
283	5583	COMP	MALEATO DE ENALAPRIL 10MG	0,0640	150.000,000	_____	_____	_____
284	5802	COMP	MALEATO DE ENALAPRIL 20MG	1,2790	100.000,000	_____	_____	_____
285	4574	FR	MALEATO DE MIDAZOLAN 5MG ML SOL ORAL	1,2990	3.000,000	_____	_____	_____
286	5090	UN	MAXIFLOX D POMADA OFTALMICA 3,5G	25,1700	100,000	_____	_____	_____
287	4575	COMP	MEBENDAZOL 100MG	0,0560	5.000,000	_____	_____	_____
288	4576	FR	MEBENDAZOL 20MG/ML SUSP	1,2450	1.000,000	_____	_____	_____
289	5002	AMP	MELOXICAM injetavel IM	11,5220	500,000	_____	_____	_____
290	4362	COMP	MESILATO DE DOXAZOSINA 2MG	0,4100	30.000,000	_____	_____	_____
291	4364	COMP	MESILATO DE DOXAZOSINA 4MG	0,9630	30.000,000	_____	_____	_____
292	4578	COMP	METILDOPA 250 MG	0,2170	1.000,000	_____	_____	_____
293	4579	COMP	METILDOPA 500 MG CPR	0,3950	5.000,000	_____	_____	_____
294	4580	COMP	METRONIDAZOL 400MG	0,6420	5.000,000	_____	_____	_____
295	4581	COMP	METRONIDAZOL COMP 250MG	0,1300	10.000,000	_____	_____	_____

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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
 Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
 Processo Licitatório: 10/2018  
 Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 20/27

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
296	4582	TB	METRONIDAZOL GEL VAGINAL 10%	4,9220	300,000	_____	_____	_____
297	4583	FR	METRONIDAZOL SUSP ORAL 40MG/ML	3,0750	120,000	_____	_____	_____
298	6985	UN	MICONAZOL CREME VAGINAL 20MG/G COM APLICADOR- EM EMBALAGEM 80 GRAMAS	25,1100	200,000	_____	_____	_____
299	4365	COMP	MONINITRATO DE ISOSSORBIDA 20MG	0,2570	4.000,000	_____	_____	_____
300	4584	COMP	MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 40 MG	0,3660	5.000,000	_____	_____	_____
301	5782	COMP	MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 5MG	0,3590	4.000,000	_____	_____	_____
302	7000	UN	NAPROXENO SÓDICO 550MG EMBALAGEM CONTENDO 20 COMPRIMIDOS REVESTIDOS	24,5100	250,000	_____	_____	_____
303	5960	FR	NEOLEPTIL - Solução oral 4%: frasco com 20 mL.	17,0000	100,000	_____	_____	_____
304	4674	TB	NEOMICINA+BACITRACINA POMADA	1,9150	1.000,000	_____	_____	_____
305	5961	FR	Cloridrato de levomepromazina-solução oral 4%- frasco com 20 ml	2,5000	100,000	_____	_____	_____
306	6510	COMP	NESINA 850/12,5MG	1,3000	5.000,000	_____	_____	_____
307	4366	CAPS	NIFEDIPINO 10MG	0,3240	8.000,000	_____	_____	_____
308	4585	COMP	NIMESULIDA 100MG	0,0840	60.000,000	_____	_____	_____
309	4586	FR	NIMESULIDA GOTAS	1,1570	2.000,000	_____	_____	_____
310	6981	UN	NISTATINA + ÓXIDO DE ZINCO POMADA COM 60 GRAMAS	25,7100	200,000	_____	_____	_____
311	4587	TB	NISTATINA CREME VAGINAL	4,8690	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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
 Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
 Processo Licitatório: 10/2018  
 Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 21/27

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
312	4659	FR	NISTATINA SUSP. ORAL 30ML	2,9940	300,000	_____	_____	_____
313	4588	FR	NISTATINA SUSP.ORAL 100.000UI/ML	3,3670	1.000,000	_____	_____	_____
314	4589	TB	NITRATO DE MICONAZOL 2% GEL	6,2800	60,000	_____	_____	_____
315	4590	TB	NITRATO DE MICONAZOL CREME 2%	3,6280	200,000	_____	_____	_____
316	4592	CAPS	NITROFURANTOINA 100MG	0,2450	5.000,000	_____	_____	_____
317	4367	COMP	NORFLOXACINO 400MG	0,2170	8.000,000	_____	_____	_____
318	4955	AMP	NORIPURUM EV INJETAVEL	12,0720	100,000	_____	_____	_____
319	4680	COMP	OLANZAPINA 5MG	4,1660	6.000,000	_____	_____	_____
320	4594	FR	OLEO MINERAL 100ML	3,1360	1.000,000	_____	_____	_____
321	4969	UN	OLMESARTANA MEDOXOMILA 20MG+HIDROCLOROTIAZIDA 12,5MG- BENICAR HCT	1,0500	3.000,000	_____	_____	_____
322	4968	COMP	OLMESARTANA MEDOXOMILA 40MG+ANLODIPINO 5MG- BENICAR ANLO	2,3650	2.000,000	_____	_____	_____
323	4683	COMP	OLMESARTANA(MEDOXOMILA 40MG+HIDROCLOROTIAZIDA 25MG)	1,1330	2.000,000	_____	_____	_____
324	4959	COMP	OLMETEC 10+40MG	3,6600	1.500,000	_____	_____	_____
325	4704	COMP	OLMETEC 12,5+20MG	3,3300	1.000,000	_____	_____	_____
326	4310	CAPS	OMEPRAZOL 20MG	0,0660	180.000,000	_____	_____	_____
327	5798	COMP	ORLISTAT 120MG	4,7860	700,000	_____	_____	_____

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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
Processo Licitatório: 10/2018  
Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 22/27

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
328	4368	FR	PALMITATO DE CLORANFENICOL 25 MG/ML	9,0000	1.500,000	_____	_____	_____
329	4369	COMP	PANTOPRAZOL 40MG	0,3590	50.000,000	_____	_____	_____
330	4597	COMP	PARACETAMOL 500MG	0,0800	90.000,000	_____	_____	_____
331	4737	FR	PARACETAMOL SOLUÇÃO ORAL 10ML	0,7840	1.500,000	_____	_____	_____
332	5087	COMP	PASSIFLORA INCARNATA	2,0270	20.000,000	_____	_____	_____
333	4654	COMP	PENTOXIFILINA 400MG	0,6780	5.000,000	_____	_____	_____
334	4600	FR	PERMETRINA 5% LOÇÃO	3,5500	50,000	_____	_____	_____
335	4601	FR	PERMETRINA LOÇÃO 1%	2,6490	500,000	_____	_____	_____
336	4602	FR	PEROXIDO BENZOILA 2,5 % FN	41,7430	300,000	_____	_____	_____
337	4604	COMP	PIROXICAM 20MG	0,2030	6.000,000	_____	_____	_____
338	4606	COMP	POLIVITAMINICO	0,2100	5.000,000	_____	_____	_____
339	4605	AMP	POLIVITAMINICO 2ML injetavel	1,9310	300,000	_____	_____	_____
340	4607	FR	POLIVITAMINICO PEDIÁTRICO	5,4730	1.000,000	_____	_____	_____
341	5525	UN	PRADAXA 110MG 60 CAPS	235,2000	16,000	_____	_____	_____
342	4608	COMP	PREDNISONA 20MG	0,1720	10.000,000	_____	_____	_____
343	4609	COMP	PREDNISONA 5MG	0,1060	10.000,000	_____	_____	_____
344	5006	COMP	PREGABALINA 150MG	2,9310	10.000,000	_____	_____	_____

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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
 Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
 Processo Licitatório: 10/2018  
 Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 23/27

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
345	4971	COMP	PREGABALINA 75 MG	3,3400	20.000,000	_____	_____	_____
346	6498	UN	PROLIVE 55MG COM 30 CPS	91,0000	100,000	_____	_____	_____
347	4455	AMP	PROMETAZINA injetavel 50MG/02ML	2,1280	500,000	_____	_____	_____
348	4376	COMP	PROPATILNITRATO 10MG	0,5250	10.000,000	_____	_____	_____
349	4372	UN	PROPINATO DE FLUTICASONA AEROSSOL 250MCG	99,9500	500,000	_____	_____	_____
350	4372	UN	PROPINATO DE FLUTICASONA AEROSSOL 250MCG	79,9000	300,000	_____	_____	_____
351	5007	COMP	RAMIPRIL 2,5MG	0,8100	1.000,000	_____	_____	_____
352	6983	UN	REPOFLOR SACCHAROMYCES BOULARDII 200 MG EMBALAGEM CONTENDO 6 CÁPSULAS	32,6000	167,000	_____	_____	_____
353	4997	UN	RIFAMICINA 10MG/ML SPRAY 20ML	4,9890	100,000	_____	_____	_____
354	5102	COMP	RISPERIDONA 2 MG	0,4810	10.000,000	_____	_____	_____
355	6505	COMP	RITMONORM 300 MG	0,5300	5.000,000	_____	_____	_____
356	5781	COMP	ROSUVASTATINA CALCICA 10 MG	1,4850	8.000,000	_____	_____	_____
357	5788	COMP	ROSUVASTATINA CALCICA 20MG	4,7870	10.000,000	_____	_____	_____
358	4612	COMP	SECNIDAZOL 1000MG	0,7180	5.000,000	_____	_____	_____
359	4613	FR	SECNIDAZOL 450MG SUSP. ORAL	8,3000	200,000	_____	_____	_____
360	5590	COMP	SINVASTATINA 20MG	0,0960	150.000,000	_____	_____	_____

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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
 Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
 Processo Licitatório: 10/2018  
 Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 24/27

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
361	5591	COMP	SINVASTATINA 40MG	0,2080	150.000,000	_____	_____	_____
362	6495	UN	SORO ORAL REIDRATANTE 450 ML	0,6000	500,000	_____	_____	_____
363	4615	COMP	SUCCINATO DE METOPROLOL 50MG	1,7010	10.000,000	_____	_____	_____
364	4617	COMP	SUCCINATO METOPROLOL 100 MG	2,7660	3.000,000	_____	_____	_____
365	4616	COMP	SUCCINATO METOPROLOL 25 MG	1,2230	5.000,000	_____	_____	_____
366	4618	AMP	SUCCINATO SODICO DE HIDROCORTISONA 500MG IM/IV	8,9900	300,000	_____	_____	_____
367	4620	TB	SULFADIAZIDA DE PRATA PASTA 1%	6,0900	100,000	_____	_____	_____
368	4622	COMP	SULFAMETOXAZOL 400 MG +TRIMETOPRIMA 80MG	0,1260	5.000,000	_____	_____	_____
369	4623	FR	SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIMA SUSP ORAL 40MG+8MG/ML	1,6050	300,000	_____	_____	_____
370	4624	AMP	SULFATO DE ATROPINA 0,25 MG ML SOL INJ	1,7500	50,000	_____	_____	_____
371	4625	FR	SULFATO DE GENTAMICINA COLIRIO 5ML/ML	9,6130	50,000	_____	_____	_____
372	4626	TB	SULFATO DE GENTAMICINA POMADA OFTALMICA 5MG/ML	9,0870	1.000,000	_____	_____	_____
373	7001	UN	SULFATO DE MORFINA SOLUÇÃO INJETÁVEL 10 MG/ML- EMBALAGENS CONTENDO 50 AMPOLAS DE 1ML (ADMINISTRAÇÃO POR VIA INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA, PERIDURAL E INTRATECAL)	280,0000	2,000	_____	_____	_____
374	5508	AMP	SULFATO DE TERBUTALINA INJETAVEL 0,5MMG/ML-01ML	2,6400	50,000	_____	_____	_____
375	6995	UN	SULFATO FERROSO 125MG/ML - CAIXA COM 200 FRASCOS PLÁSTICOS GOTEJADORES DE 30ML	11,4800	2,000	_____	_____	_____

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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
 Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
 Processo Licitatório: 10/2018  
 Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 25/27

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
376	4630	COMP	SULFATO FERROSO 40MG	0,0570	10.000,000	_____	_____	_____
377	4631	FR	SULFATO FERROSO 5MG XAROPE	2,6740	200,000	_____	_____	_____
378	4374	COMP	SULFATO SALBUTAMOL 6MG/ML - EQUIVALENTE A 5MG/ML DE SALBUTAMOL - SOL. INALANTE	0,2870	5.000,000	_____	_____	_____
379	4633	UN	SULFATO SALBUTAMOL AEROSSOL 100MG	9,6430	1.000,000	_____	_____	_____
380	5787	FR	SYSTANE UL 10ML ESTERIL	36,8000	100,000	_____	_____	_____
381	5787	FR	SYSTANE UL 10ML ESTERIL	17,8000	100,000	_____	_____	_____
382	4377	COMP	TANDRILAX(PARACETAMOL+CARISOPROL+DICLOFENACO SODICO+CAFEINA)	0,3000	50.000,000	_____	_____	_____
383	4635	CAPS	TARTARATO DE METOPROLOL 100 MG	0,9520	2.000,000	_____	_____	_____
384	4725	COMP	TEGRETOL CR 400MG	2,5610	3.000,000	_____	_____	_____
385	4655	COMP	TEOFILINA 200MG	0,8000	10.000,000	_____	_____	_____
386	4966	COMP	TETRACILINA 500 MG	0,1980	2.000,000	_____	_____	_____
387	5783	COMP	THIOCTACID HR 600 MG	5,0660	1.000,000	_____	_____	_____
388	4681	COMP	TIBOLONA 2,5MG	0,5400	8.000,000	_____	_____	_____
389	6065	COMP	TOPIRAMATO 100 MG	0,5000	1.000,000	_____	_____	_____
390	5800	COMP	TOPIRAMATO 25MG	4,7760	7.000,000	_____	_____	_____
391	4685	COMP	TRAMADOL 50MG	0,1540	10.000,000	_____	_____	_____

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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
 Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
 Processo Licitatório: 10/2018  
 Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 26/27

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
392	4454	AMP	TRAMADOL injetavel 50MG/ML 01ML	2,0050	500,000	_____	_____	_____
393	4378	FLS	TRAVATAN SOL. OFTALMICA	100,0000	100,000	_____	_____	_____
394	4449	COMP	TRAYENTA 5MG	6,3300	4.000,000	_____	_____	_____
395	5122	COMP	TRAYENTA DUO 2,5/850MG	6,3300	3.000,000	_____	_____	_____
396	6976	UN	TRIANCINOLONA ACETONIDA POMADA BUCAL 1 MG/G EM EMBALAGEM COM 1 BISNAGA DE 10 G.	11,7500	100,000	_____	_____	_____
397	6496	UN	TROPINAL CAIXA COM 20 COMP	17,0000	100,000	_____	_____	_____
398	4370	COMP	VALERATO DE ESTRADIOL 1 MG	0,9100	1.000,000	_____	_____	_____
399	5086	COMP	VALERIANA 100 MG	0,6380	15.000,000	_____	_____	_____
400	4636	COMP	VALPROATO DE SODIO/ÁCIDO VALPROICO CR 300MG (TORVAL)	0,4600	3.000,000	_____	_____	_____
401	4637	COMP	VALPROATO DE SODIO/ÁCIDO VALPROICO CR 500MG (TORVAL)	0,6520	10.000,000	_____	_____	_____
402	4841	COMP	VALSARTANA 160MG	0,6250	6.000,000	_____	_____	_____
403	5543	COMP	VALSARTANA 160MG + HIDROCLOROTIAZIDA 12,5 MG+ANLODIPINO 10MG	4,7100	2.000,000	_____	_____	_____
404	4341	COMP	VALSARTANA 160MG+BESILATO ANLODIPINO 5MG	3,0350	5.000,000	_____	_____	_____
405	4380	COMP	VALSARTANA 80MG	0,4670	10.000,000	_____	_____	_____
406	4638	COMP	VARFARINA SODICA 1MG	0,2750	1.500,000	_____	_____	_____
407	4639	COMP	VARFARINA SODICA 5MG	0,1970	2.000,000	_____	_____	_____

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.: 10/2018 - PR**

Processo Administrativo: 10/2018  
Data do Processo Adm.: 05/02/2018  
Processo Licitatório: 10/2018  
Data do Processo: 05/02/2018

Folha: 27/27

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
408	4381	COMP	VENALOT - CUMARINA + TROXERRUTINA (15MG + 90MG)	0,2810	50.000,000	_____	_____	_____
409	4726	COMP	VILDAGLIPTINA 50mg+ Metformina 1000mg	3,2100	1.000,000	_____	_____	_____
410	4726	COMP	VILDAGLIPTINA 50mg+ Metformina 1000mg	3,2000	1.000,000	_____	_____	_____
411	5790	COMP	VIMPOCETINA 5MG	0,6450	3.000,000	_____	_____	_____
412	4657	UN	VISCOTEARS POMADA OCULAR	36,6750	100,000	_____	_____	_____
413	4954	AMP	VITAMINA C INJETAVEL	1,1100	300,000	_____	_____	_____
414	5552	CX	XARELTO 20MG- CAIXA COM 28 COMP	219,0000	20,000	_____	_____	_____
415	5091	COMP	Zart H 100/25 mg	1,0020	3.000,000	_____	_____	_____
416	6499	COMP	ZOLPIDEM 10MG	0,4000	5.000,000	_____	_____	_____
417	4963	FR	ZYPRED- gatifloxacino 0,3%+acetato prednisolona 1%-susp. oftálmica esteril 6ml	55,0000	50,000	_____	_____	_____

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

-----  
Carimbo e Assitura do Fornecedor