

**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.: 3/2020 - PR

Processo Administrativo: 3/2020
Data do Processo Adm.: 14/02/2020
Processo Licitatório: 3/2020
Data do Processo: 14/02/2020

Folha: 1/3

(As propostas serão abertas para julgamento às 14:00 horas do dia 04/03/2020).

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	7986	UN	20 BI	1,5300	700,000	_____	_____	_____
2	9310	UN	AAS 100 MG	0,2800	700,000	_____	_____	_____
3	4840	FR	ALENIA 12+400MCG- FRASCO C/ 60CAPSULAS	69,0000	60,000	_____	_____	_____
4	9311	UN	AMBROXOL XAROPE ADULTO	12,0000	250,000	_____	_____	_____
5	9312	UN	ANORO ELLIPTA 62,5/25 MG.	190,0000	20,000	_____	_____	_____
6	6507	UN	APEVITIN BC - frasco de 240 mL + dosador	26,0000	2.500,000	_____	_____	_____
7	4656	FR	AZORGA COLIRIO	68,0000	50,000	_____	_____	_____
8	8403	UN	DASTENE 0,5 MG 30 COMP	56,0000	300,000	_____	_____	_____
9	4379	FR	DUO TRAVATAN (0,04/5MG) SOL. OFTALMICA COM 2,5	100,0000	100,000	_____	_____	_____
10	6992	UN	DUTASTERIDA- CÁPSULA MOLE 0,5 MG EMBALAGEM COM 30 CAPSULAS	5,7000	1.200,000	_____	_____	_____
11	4675	UN	ELOTIN GOTAS	8,3500	1.000,000	_____	_____	_____
12	9313	UN	ETIRA 500 MG	1,8600	1.200,000	_____	_____	_____
13	8411	UN	EXFORGE HCT 160/12,5/5MG	3,4000	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.: 3/2020 - PR

Processo Administrativo: 3/2020
Data do Processo Adm.: 14/02/2020
Processo Licitatório: 3/2020
Data do Processo: 14/02/2020

Folha: 2/3

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
14	8404	UN	FLIXOTIDE SPRAY 50 MCG	95,5000	50,000	_____	_____	_____
15	4703	CAPS	FLUIR-FUMARATO DE FORMOTEROL 12MG	1,0000	1.350,000	_____	_____	_____
16	5511	COMP	GALVUS 50MG	3,0000	20.000,000	_____	_____	_____
17	5799	COMP	JARDIANCE 25MG	5,6000	10.000,000	_____	_____	_____
18	8401	UN	LACRIFILM 5 MG	23,5000	500,000	_____	_____	_____
19	8410	UN	MAGNEN B6	2,0000	1.000,000	_____	_____	_____
20	5125	COMP	MIRTAZAPINA 30 MG	2,8000	1.500,000	_____	_____	_____
21	6510	COMP	NESINA 850/12,5MG	3,6000	1.000,000	_____	_____	_____
22	9314	UN	OXIBERRY	2,2900	1.500,000	_____	_____	_____
23	8402	UN	PLANTABEM SACHE 1 UND	3,2300	10.000,000	_____	_____	_____
24	8413	UN	PROCTOSAN 20 G	30,5000	1.000,000	_____	_____	_____
25	8407	UN	PROLIVE COMP	2,0000	1.000,000	_____	_____	_____
26	9315	UN	PROPANOLOL 40 MG	0,1500	40.000,000	_____	_____	_____
27	9316	UN	QUETIAPINA 100MG	1,0000	50.000,000	_____	_____	_____
28	9317	UN	QUETIAPINA 25 MG	0,5200	50.000,000	_____	_____	_____
29	8414	UN	RELVAR 100/25 MCG 30 DOSES	74,0000	100,000	_____	_____	_____
30	7367	UN	RETEMIC 5MG - 60CP.	0,6100	1.500,000	_____	_____	_____
31	8400	UN	SIMBRIZA 8 ML	100,0000	50,000	_____	_____	_____
32	9318	UN	SIMETICONA 40 MG	0,4200	30.000,000	_____	_____	_____

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.: 3/2020 - PR

Processo Administrativo: 3/2020
Data do Processo Adm.: 14/02/2020
Processo Licitatório: 3/2020
Data do Processo: 14/02/2020

Folha: 3/3

Item	Código	Unid	Especificação	Preço Unit. Máximo	Quantidade	Marca Oferecida	Preço Unitário	Preço Total
33	8398	UN	TADALAFILA 5 MG	2,4100	1.500,000	_____	_____	_____
34	9320	UN	TEGRETOL CR 400MG - CXA COM 60 COMP	156,0000	50,000	_____	_____	_____
35	8408	UN	TOFRANIL 10 MG - IMIPRAMINA	0,6000	5.000,000	_____	_____	_____
36	8409	UN	TOFRANIL 20 MG - IMIPRAMINA	0,4500	3.000,000	_____	_____	_____
37	8406	UN	TROPINAL COMP. - EMB COM 20	14,3000	1.000,000	_____	_____	_____
38	8405	UN	TROPINAL GOTAS 15 ML	15,4900	200,000	_____	_____	_____
39	9319	UN	VANASITO FR	123,0000	30,000	_____	_____	_____
40	8399	UN	VARICOSS	1,3000	100.000,000	_____	_____	_____

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

Carimbo e Assitura do Fornecedor