



# PREFEITURA MUNICIPAL DE MIGUEL PEREIRA

Rua Prefeito Manoel Guilherme Barbosa, 375  
Centro  
Miguel Pereira - RJ

## Anexo II - Planilha de Proposta de Preço

<b>Nome da Firma ou Razão Social:</b> _____	<b>Un. Gestora:</b> FMS
<b>Data:</b> _____	<b>Processo Adm:</b> 01585/2026
<b>Endereço:</b> _____	<b>Nº Edital:</b> 014/2026
<b>CNPJ:</b> _____	<b>Data:</b> _____
<b>Inscrição Estadual:</b> _____	<b>Horário:</b> _____
<b>Inscrição Municipal:</b> _____	
<b>Agência:</b> _____ <b>Banco:</b> _____ <b>C/C:</b> _____	

**Objeto:** Aquisição de medicamentos considerados indispensáveis para assegurar a assistência integral à saúde no âmbito da Assistência Farmacêutica Municipal, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, visando garantir o fornecimento ininterrupto, regular e em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a atender de forma adequada e temporária as necessidades da população usuária e de toda a rede municipal de saúde para o período de 12 meses.

**Tipo de Benefício:** -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
1	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO ASPIRINA PREVENT (COMPRIMIDO 100CP MG)		_____	1.080,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
2	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO TAMPONADO - SOMALGIN CARDIO (COMPRIMIDO 100 MG)	cp	_____	1.080,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
3	ALBENDAZOL 400 MG - CPR MASTIGÁVEL	cp	_____	3.000,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
4	AMINOFILINA (COMPRIMIDO DE 100 MG)	cp	_____	6.000,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
5	AMIODARONA, CLORIDRATO DE 50MG/ML AMPOLA 3ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	Ampola	_____	100,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
6	ATOMOXETINA, CLORIDRATO DE - ATENTAH CÁPSULA 18 MGCAPSULA		_____	720,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
7	ATROPINA 0,5 MG / ML AMPOLA DE 1 ML	Ampola	_____	200,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
8	BENZILPENICILINA BENZATINA PÓ P/ SUSPENSÃO INJETÁVEL 200.000UI F.A + AMPOLA DILUENTE	Laço/ampc	_____	600,00	_____	_____
	<b>Descr</b> Acompanha ampola diluente.					
9	BRIMONIDINA, MALEATO DE + TIMOLOL, TARTARATO DE - COMBIGAN SOLUÇÃO OFTÁLMICA 2 MG/ML (0,2%) + 5 MG/ML (0,5%) - FRASCO 5 ML	Frasco	_____	24,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
10	CARBONATO DE CÁLCIO + COLECALCIFEROL (600 MG CA CO3 + 400 UI COMPRIMIDO)	cp	_____	64.800,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
11	CARBONATO DE LÍTIO - CARBOLITIUM CR COMPRIMIDO REVESTIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA 450 MG	cp	_____	720,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
12	CETOCONAZOL (COMPRIMIDO 200 MG)	cp	_____	3.000,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
13	CLOBAZAM - FRISIUM COMPRIMIDO 20 MG	cp	_____	1.440,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					

Assinatura/Carimbo do Responsável



# PREFEITURA MUNICIPAL DE MIGUEL PEREIRA

Rua Prefeito Manoel Guilherme Barbosa, 375  
Centro  
Miguel Pereira - RJ

## Anexo II - Planilha de Proposta de Preço

<b>Nome da Firma ou Razão Social:</b> _____	<b>Un. Gestora:</b> FMS
<b>Data:</b> _____	<b>Processo Adm:</b> 01585/2026
<b>Endereço:</b> _____	<b>Nº Edital:</b> 014/2026
<b>CNPJ:</b> _____	<b>Data:</b> _____
<b>Inscrição Estadual:</b> _____	<b>Horário:</b> _____
<b>Inscrição Municipal:</b> _____	
<b>Agência:</b> _____ <b>Banco:</b> _____ <b>C/C:</b> _____	

**Objeto:** Aquisição de medicamentos considerados indispensáveis para assegurar a assistência integral à saúde no âmbito da Assistência Farmacêutica Municipal, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, visando garantir o fornecimento ininterrupto, regular e em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a atender de forma adequada e temporária as necessidades da população usuária e de toda a rede municipal de saúde para o período de 12 meses.

**Tipo de Benefício:** -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
14	CLORIDRATO DE PROMETAZINA SOLUÇÃO INJETÁVEL 25MG/MAmpola L AMPOLA 2ML		_____	200,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
15	CUMARINA + HEPARINA SÓDICA - VENALOT H CREME DERMATOLÓGICO (5MG/ML + 50 UI/ML) - FRASCO 240 ML		_____	36,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
16	CUMARINA + TROXERRUTINA - VARICOSS COMPRIMIDO REVESTIDO LIBERAÇÃO PROLONGADA (15 + 90) MG	cp	_____	720,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
17	DAPAGLIFLOZINA + METFORMINA - XIGDUO XR COMPRIMIDO REVESTIDO LIBERAÇÃO PROLONGADA 5 MG + 1000 MG	cp	_____	1.800,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
18	DHALGA ÔMEGA 3 SOLUÇÃO ORAL - FRASCO 60 ML	Frasco	_____	24,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
19	DIOSMINA + HESPERIDINA - DAFLON COMPRIMIDO REVESTIDO 900 MG+ 100 MG	9cp	_____	720,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
20	DULAGLUTIDA - TRULICITY SOLUÇÃO INJETÁVEL 1,5 MG/0,5 ML - SERINGA PREENCHIDA 0,5 ML		_____	48,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
21	DULOXETINA, CLORIDRATO DE - CYMBI CÁPSULA DURA DE LIBERAÇÃO RETARDADA 30 MG	CÁPSULA	_____	720,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
22	DUPILUMABE - DUPIXENT SOLUÇÃO INJETÁVEL 300MG (150 MG/SERINGA PREENCHIDA DE 2 ML)		_____	6,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
23	DUPILUMABE SOLUÇÃO INJETÁVEL 200 MG (175 MG/ML) - SERINGA PREENCHIDA DE 1,14 ML	SERINGA PREENCHIDA DE 1,14 ML	_____	30,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
24	EMPAGLIFLOZINA - JARDIANCE COMPRIMIDO REVESTIDO 10 MG	cp	_____	1.080,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
25	EMPAGLIFLOZINA - JARDIANCE COMPRIMIDO REVESTIDO 25 MG	cp	_____	2.160,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
26	EMPAGLIFLOZINA + LINAGLIPTINA - GLYXAMBI COMPRIMIDO 25 MG + 5 MG	cp	_____	360,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					

Assinatura/Carimbo do Responsável



# PREFEITURA MUNICIPAL DE MIGUEL PEREIRA

Rua Prefeito Manoel Guilherme Barbosa, 375  
Centro  
Miguel Pereira - RJ

## Anexo II - Planilha de Proposta de Preço

<b>Nome da Firma ou Razão Social:</b> _____	<b>Un. Gestora:</b> FMS
<b>Data:</b> _____	<b>Processo Adm:</b> 01585/2026
<b>Endereço:</b> _____	<b>Nº Edital:</b> 014/2026
<b>CNPJ:</b> _____	<b>Data:</b> _____
<b>Inscrição Estadual:</b> _____	<b>Horário:</b> _____
<b>Inscrição Municipal:</b> _____	
<b>Agência:</b> _____ <b>Banco:</b> _____ <b>C/C:</b> _____	

**Objeto:** Aquisição de medicamentos considerados indispensáveis para assegurar a assistência integral à saúde no âmbito da Assistência Farmacêutica Municipal, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, visando garantir o fornecimento ininterrupto, regular e em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a atender de forma adequada e temporária as necessidades da população usuária e de toda a rede municipal de saúde para o período de 12 meses.

**Tipo de Benefício:** -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
27	ESTRADIOL + ACETATO DE NORETISTERONA - NATIFA PRO CO MPRIMIDO REVESTIDO 1 MG + 0,5 MG	cp	_____	364,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
28	FAMPRIDINA - FAMPYRA COMPRIMIDO REVESTIDO LIBERAÇÃO PROLONGADA 10MG	cp	_____	720,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
29	FENOBARBITAL 100MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMPOLA 2ML	Ampola	_____	100,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
30	HIDRÓXIDO DE FERRO III, SACARATO DE - NORIPURUM SOLUÇÃO O INJETÁVEL EV 100 MG/5ML -AMPOLA 5 ML	Ampola	_____	240,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
31	INSULINA ASPART – INSULINA NOVORAPID SOLUÇÃO INJETÁVEL REF EL 100 UI/ML - REFIL 3 ML	REF	_____	435,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
32	INSULINA DEGLUDECA - TRESIBA FLEXTOUCH SOLUÇÃO INJETÁVEL 100 UI/ML - SERINGA PREENCHIDA 3 ML	SERINGA	_____	75,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
33	INSULINA DEGLUDECA + LIRAGLUTIDA - SOLUÇÃO INJETÁVEL SER - XULTOPHY SOLUÇÃO INJETÁVEL (100 UI/ML + 3,6 MG/ML) - S ERINGA PREENCHIDA 3 ML	SERINGA	_____	40,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
34	INSULINA LISPRO – INSULINA HUMALOG SOLUÇÃO INJETÁVEL REF 100 UI/ML - REFIL 3 ML	REF	_____	60,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
35	ISOSSORBIDA, DINTRATO DE 5MG - COMPRIMIDO SUBLINGUAL	cp	_____	450,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
36	LACOSAMIDA - VIMPAT COMPRIMIDO REVESTIDO 100 MG	cp	_____	728,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
37	LAMOTRIGINA - LAMITOR CD COMPRIMIDO DISPERSÍVEL 100 M G	cp	_____	720,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
38	LEVETIRACETAM - KEPBRA COMPRIMIDO REVESTIDO 750 MG	cp	_____	1.800,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
39	LISDEXANFETAMINA - VENVANSE CÁPSULA 30 MG	CAPSULA	_____	720,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					

Assinatura/Carimbo do Responsável



# PREFEITURA MUNICIPAL DE MIGUEL PEREIRA

Rua Prefeito Manoel Guilherme Barbosa, 375  
Centro  
Miguel Pereira - RJ

## Anexo II - Planilha de Proposta de Preço

Nome da Firma ou Razão Social: _____	Un. Gestora: FMS
Data: _____	Processo Adm: 01585/2026
Endereço: _____	Nº Edital 014/2026
CNPJ: _____	Data: _____
Inscrição Estadual: _____	Horário: _____
Inscrição Municipal: _____	
Agência: _____ Banco: _____ C/C: _____	

**Objeto:** Aquisição de medicamentos considerados indispensáveis para assegurar a assistência integral à saúde no âmbito da Assistência Farmacêutica Municipal, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, visando garantir o fornecimento ininterrupto, regular e em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a atender de forma adequada e temporária as necessidades da população usuária e de toda a rede municipal de saúde para o período de 12 meses.

**Tipo de Benefício:** -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
40	LISDEXANFETAMINA - VENVANSE CÁPSULA 50 MG	CAPSULA	_____	360,00	_____	_____
Descr	_____					
41	MACROGOL + BICARBONATO DE SÓDIO + CLORETO DE POTÁSEMBA SIO+ CLORETO DE SÓDIO (13,125 + 0,1775 + 0,0466 + 0,3507) G PÓ PARA SOLUÇÃO ORAL - SACHÊ 14 G - MUVINLAX	_____	_____	1.080,00	_____	_____
Descr	_____					
42	METOCLOPRAMIDA 5 MG / ML AMPOLA 2 ML	Ampola	_____	480,00	_____	_____
Descr	_____					
43	METOTREXATO SOLUÇÃO INJETÁVEL 25 MG/ML - FRASCO-AMAMPOLA 2 ML	_____	_____	48,00	_____	_____
Descr	_____					
44	NALTREXONA COMPRIMIDO 50 MG	cp	_____	360,00	_____	_____
Descr	_____					
45	NITRAZEPAM 5 MG COMPRIMIDO	cp	_____	1.440,00	_____	_____
Descr	_____					
46	NITROFURANTOÍNA (CÁPSULA 100 MG)	Capsula	_____	11.760,00	_____	_____
Descr	_____					
47	ORLISTATE CÁPSULA 120MG	CAPSULA	_____	1.470,00	_____	_____
Descr	_____					
48	OXCARBAZEPINA SUSPENSÃO ORAL 6% - FRASCO 100 ML	Frasco	_____	224,00	_____	_____
Descr	_____					
49	OXIBUTININA - RETEMIC COMPRIMIDO 5 MG	cp	_____	2.160,00	_____	_____
Descr	_____					
50	PITAVASTATINA COMPRIMIDO 2 MG - LIVALO	cp	_____	360,00	_____	_____
Descr	_____					
51	PROPATILNITRATO 10 MG - SUSTRATE COMPRIMIDO 10 MG	cp	_____	1.200,00	_____	_____
Descr	_____					
52	SACUBITRIL + VALSARTANA SÓDICA HIDRATADA - ENTRESTO COMPRIMIDO REVESTIDO (24 + 26) MG	cp	_____	1.456,00	_____	_____
Descr	_____					
53	SACUBITRIL + VALSARTANA SÓDICA HIDRATADA - ENTRESTO COMPRIMIDO REVESTIDO (49 + 51) MG	cp	_____	2.184,00	_____	_____
Descr	_____					

Assinatura/Carimbo do Responsável



# PREFEITURA MUNICIPAL DE MIGUEL PEREIRA

Rua Prefeito Manoel Guilherme Barbosa, 375  
Centro  
Miguel Pereira - RJ

## Anexo II - Planilha de Proposta de Preço

<b>Nome da Firma ou Razão Social:</b> _____	<b>Un. Gestora:</b> FMS
<b>Data:</b> _____	<b>Processo Adm:</b> 01585/2026
<b>Endereço:</b> _____	<b>Nº Edital:</b> 014/2026
<b>CNPJ:</b> _____	<b>Data:</b> _____
<b>Inscrição Estadual:</b> _____	<b>Horário:</b> _____
<b>Inscrição Municipal:</b> _____	
<b>Agência:</b> _____ <b>Banco:</b> _____ <b>C/C:</b> _____	

**Objeto:** Aquisição de medicamentos considerados indispensáveis para assegurar a assistência integral à saúde no âmbito da Assistência Farmacêutica Municipal, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, visando garantir o fornecimento ininterrupto, regular e em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a atender de forma adequada e temporária as necessidades da população usuária e de toda a rede municipal de saúde para o período de 12 meses.

**Tipo de Benefício:** -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
54	SEMAGLUTIDA - WEGOVY SOLUÇÃO INJETÁVEL 1,34 MG/ML - SISTEMA DE APLICAÇÃO PREENCHIDO 3 ML + 4 AGULHAS NOV OFINE PLUS	SER	_____	24,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
55	SORO RINGER LACTATO 5% - BOLSA 500 ML	Unid	_____	100,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
56	SULFATO DE GENTAMICINA 0,5 MG/G + DIPROPIONATO DE BET TUB AMETASONA 1 MG/G - DIPROGENTA CREME DERMATOLÓGICO - TUBO 30 G		_____	144,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
57	SUPLEMENTO DE VITAMINAS E MINERAIS - CENTRUM COMPRIMIDO	cp	_____	720,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
58	TACROLIMO - TARFIC POMADA 0,1% - TUBO 30 G	TUBO	_____	24,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
59	TIAMINA, NITRATO DE + PIRIDOXINA, CLORIDRATO DE + CIANOC OBALAMINA - CITONEURIN COMPRIMIDO REVESTIDO (100 MG + 100MG + 5000 MCG)	cp	_____	900,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
60	TOPIRAMATO - AMATO COMPRIMIDO REVESTIDO 100 MG	cp	_____	2.400,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
61	TRAZODONA 50 MG - DONAREN COMPRIMIDO REVESTIDO 50 MG	cp	_____	2.160,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
62	UNDECILATO DE TESTOSTERONA -NEBIDO SOLUÇÃO INJETÁVEL 250 MG/ML - AMPOLA 4 ML	Ampola	_____	8,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
63	USTEQUINUMABE - STELARA SERINGA PREENCHIDA 90MG/ML	SER	_____	24,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
64	VISMODEGIBE CAPSULA DURA 150 MG	CAPSULA	_____	364,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					
65	VITALUX VISÃO 2.0 COMPRIMIDO	cp	_____	720,00	_____	_____
	<b>Descr</b>					

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

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



# PREFEITURA MUNICIPAL DE MIGUEL PEREIRA

Rua Prefeito Manoel Guilherme Barbosa, 375  
Centro  
Miguel Pereira - RJ

## Anexo II - 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: 01585/2026

Nº Edital 014/2026

Data:

Horário:

**Objeto:** Aquisição de medicamentos considerados indispensáveis para assegurar a assistência integral à saúde no âmbito da Assistência Farmacêutica Municipal, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, visando garantir o fornecimento ininterrupto, regular e em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a atender de forma adequada e temporária as necessidades da população usuária e de toda a rede municipal de saúde para o período de 12 meses.

**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**