

Anexo IV – Modelo – Planilha de Proposta de Medicamentos													
Item	Quantidade	Unidade	Descrição	Embalagem (caixa, frasco, blister, bisnaga, etc.)	Quantidade por embalagem - apresentação (colocar apenas números)	Quantidade de embalagem sem ajuste	Quantidade ajustada de embalagem	Procedência / Marca / Fabricante	Número de Registro da ANVISA	Validade	Quantidade ajustada de unidades - Item 4.1.7 do TR	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	1.500	UNIDADE	ACIDO ACETILSALICILICO 500MG FORMA FARMACEUTICA CAPSULA / COMPRIMIDO / COMPRIMIDO REVESTIDO, FORMA DE APRESENTAÇÃO CAPSULA / COMPRIMIDO / COMPRIMIDO REVESTIDO, VIA DE ADMINISTRAÇÃO ORAL (UNIDADE = COMPRIMIDO)			0	0				0		0
2	1.500	UNIDADE	ACIDO ASCORBICO 500MG FORMA FARMACEUTICA COMPRIMIDO /COMPRIMIDO REVESTIDO/ CAPSULA, FORMA DE APRESENTAÇÃO COMPRIMIDO/ COMPRIMIDO REVESTIDO/ CAPSULA, VIA DE ADMINISTRAÇÃO ORAL (UNIDADE = COMPRIMIDO)			0	0				0		0
3	5.000	UNIDADE	IBUPROFENO 600MG FARMACEUTICA CAPSULA /COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO/DRAGEA; FORMA DE APRESENTAÇÃO CAPSULA /COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO/DRAGEA; VIA DE ADMINISTRAÇÃO ORAL (UNIDADE = COMPRIMIDO)			0	0				0		0
4	1.500	UNIDADE	TOPIRAMATO 25MG FORMA FARMACEUTICA CAPSULA /COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO; FORMA DE APRESENTAÇÃO CAPSULA /COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO; VIA DE ADMINISTRAÇÃO ORAL (UNIDADE = COMPRIMIDO)			0	0				0		0
5	7.000	UNIDADE	ESCOPOLAMINA, BUTILBROMET, 10MG DIPIRONA SODICA 250MG FORMA FARMACEUTICA CAPSULA /COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO, FORMA DE APRESENTAÇÃO CAPSULA /COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO, VIA DE ADMINISTRAÇÃO ORAL (UNIDADE = COMPRIMIDO)			0	0				0		0
6	1.600	UNIDADE	BISACODIL 5MG FORMA FARMACEUTICA CAPSULA /COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO, FORMA DE APRESENTAÇÃO CAPSULA /COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO, VIA DE ADMINISTRAÇÃO ORAL (UNIDADE = COMPRIMIDO)			0	0				0		0
7	2.500	UNIDADE	OLANZAPINA 5MG FORMA FARMACEUTICA CAPSULA /COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO FORMA DE APRESENTAÇÃO CAPSULA /COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO VIA DE ADMINISTRAÇÃO ORAL (UNIDADE = COMPRIMIDO)			0	0				0		0
8	60.000	MILILITRO	DEXCLORFENIRAMINA, MALEATO 0,4MG/ML FORMA FARMACEUTICA SOLUCAO ORAL; FORMA DE APRESENTAÇÃO FRASCO; VIA DE ADMINISTRAÇÃO ORAL (FRASCO COM ATÉ 120ML)			0	0				0		0
9	800	MILILITRO	ACIDO SALICILICO 165MG/ML FORMA ACIDO LATICO 145,2MG/ML, FORMA FARMACEUTICA SOLUCAO DERMATOLOGICA, FORMA DE APRESENTAÇÃO FRASCO, VIA DE ADMINISTRAÇÃO DERMATOLOGICA (FRASCO COM ATÉ 10 ML)			0	0				0		0
10	2.500	UNIDADE	BROMOPRIDA 10MG FORMA FARMACEUTICA CAPSULA /COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO; FORMA DE APRESENTAÇÃO CAPSULA /COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO; VIA DE ADMINISTRAÇÃO ORAL (UNIDADE = COMPRIMIDO)			0	0				0		0
11	2.550	UNIDADE	HIDROXIZINA, DICLORIDRATO 25 MG FORMA FARMACEUTICA CAPSULA/COMPRIMIDO /COMPRIMIDO REVESTIDO, FORMA DE APRESENTAÇÃO CAPSULA /COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO, VIA DE ADMINISTRAÇÃO ORAL (UNIDADE = COMPRIMIDO)			0	0				0		0
12	4.000	UNIDADE	LEVOMEPROMAZINA, MALEATO 25MG FORMA FARMACEUTICA CAPSULA/COMPRIMIDO /COMPRIMIDO REVESTIDO, FORMA DE APRESENTAÇÃO CAPSULA /COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO, VIA DE ADMINISTRAÇÃO ORAL (UNIDADE = COMPRIMIDO)			0	0				0		0

13	1.200	UNIDADE	TOPIRAMATO 50MG FORMA FARMACEUTICA CAPSULA /COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO; FORMA DE APRESENTAÇÃO CAPSULA /COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO; VIA DE ADMINISTRAÇÃO ORAL (UNIDADE = COMPRIMIDO)			0	0			0		0
14	15.000	GRAMA	CETOCONAZOL 20MG/G + BETAMETASONA, DIPROPIONATO 0,64MG/G (EQUIV A 0,5MG/G DE BETAMETASONA) FORMA FARMACEUTICA CREME DERMATOLOGICO, FORMA DE APRESENTAÇÃO BISNAGA/TUBO, VIA DE ADMINISTRAÇÃO DERMATOLOGICA (BISNAGA COM ATÉ 30 GRAMA)			0	0			0		0
15	1.500	UNIDADE	BUPROPIONA, CLORIDRATO 150MG FORMA FARMACEUTICA CAPSULA /COMPRIMIDO REVESTIDO LIBERAÇÃO PROLONGADA; FORMA DE APRESENTAÇÃO CAPSULA /COMPRIMIDO REVESTIDO LIBERAÇÃO PROLONGADA; VIA DE ADMINISTRAÇÃO ORAL (UNIDADE = COMPRIMIDO)			0	0			0		0
16	4.000	UNIDADE	ESCITALOPRAM, OXALATO 10MG FORMA FARMACEUTICA CAPSULA /COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO; FORMA DE APRESENTAÇÃO CAPSULA /COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO; VIA DE ADMINISTRAÇÃO ORAL (UNIDADE = COMPRIMIDO)			0	0			0		0
17	2.520	UNIDADE	TRAZODONA, CLORIDRATO 50MG FORMA FARMACEUTICA CAPSULA /COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO; FORMA DE APRESENTAÇÃO CAPSULA /COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO; VIA DE ADMINISTRAÇÃO ORAL (UNIDADE = COMPRIMIDO)			0	0			0		0
18	3.000	UNIDADE	ARIPIRAZOL 10MG FORMA FARMACEUTICA CAPSULA /COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO/DRAGEA; FORMA DE APRESENTAÇÃO CAPSULA /COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO/DRAGEA; VIA DE ADMINISTRAÇÃO ORAL (UNIDADE = COMPRIMIDO)			0	0			0		0
19	3.750	GRAMA	MUPIROCINA 20MG/G; FORMA FARMACEUTICA POMADA DERMATOLOGICA; FORMA DE APRESENTAÇÃO BISNAGA/TUBO /POTE; VIA DE ADMINISTRAÇÃO DERMATOLOGICA (BISNAGA COM ATÉ 15 GRAMA)			0	0			0		0
20	3.000	UNIDADE	ESCITALOPRAM, OXALATO 20MG FORMA FARMACEUTICA CAPSULA /COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO; FORMA DE APRESENTAÇÃO CAPSULA /COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO; VIA DE ADMINISTRAÇÃO ORAL (UNIDADE = COMPRIMIDO)			0	0			0		0
21	600	UNIDADE	SACCHAROMYCES BOULARDII-17 200 MG FORMA FARMACEUTICA CAPSULA/COMPRIMIDO /COMPRIMIDO REVESTIDO; FORMA DE APRESENTAÇÃO CAPSULA /COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO; VIA DE ADMINISTRAÇÃO ORAL (UNIDADE = COMPRIMIDO)			0	0			0		0
22	600	UNIDADE	MP CLOREXIDINA DIGLUCONATO APRESENTAÇÃO EM FRASCO PLASTICO ALMOTOLIA, DESCARTAVEL, SIST. DE ABERTURA AUTOPERFORANTE, PARA 100 ML, COM LACRE, , PH DE 5,5 CONCENTRAÇÃO DE 2% A 7,0, SOLUCAO ANTI-SEPTICA DEGERMANTE, GLUCONATO DE CLOREXIDINA, CATEGORIA DE USO FARMACEUTICO, ANTI-SEPTICO, ISENTO DE IRRITABILIDADE DERMICA E MUCOSA, PADRÃO ANVISA (UNIDADE = FRASCO 100 MILILITRO)			0	0			0		0
VALOR TOTAL												R\$

A proponente deverá preencher apenas os itens destacados acima e dados abaixo, sem qualquer alteração.

Proponente: _____; Endereço: _____; Cidade/UF: _____; CEP: _____; Telefone: _____; e-mail: _____; CNPJ: _____;

Validade da proposta: **120 (cento e vinte) dias**.

Banco do Brasil: Agência: _____; Conta Corrente: _____

Obs.: Conforme Decreto Estadual nº 62.867 de 03/10/2017, o(s) pagamento(s) até 100 UFESPs (R\$ 3.842,00) deverá(ão) ser realizado(s), preferencialmente, através de crédito em conta corrente mantida junto ao Banco do Brasil e, para valor(es) superior(es) a este, a indicação de uma conta válida junto ao Banco do Brasil é obrigatória.

DECLARO, sob as penas da Lei que, conforme item 4.1.6 do Termo de Referência, sendo vencedora, me comprometo a entregar os medicamentos com observância das condições que seguem, relativo aos respectivos prazos de validade:

a) medicamentos com validade igual ou inferior a 24 meses – No mínimo 75% (setenta e cinco por cento) da validade, a partir da data de fabricação.

b) medicamentos com validade superior a 24 meses – No mínimo 60% (sessenta por cento de sua validade, a partir da data de fabricação).

(Local e data)

Exemplo de preenchimento													
Item	Quantidade	Unidade	Descrição	Embalagem (caixa, frasco, blister, bisnaga, etc.)	Quantidade por embalagem - apresentação (colocar apenas números)	Quantidade de embalagem sem ajuste	Quantidade ajustada de embalagem	Procedência / Marca / Fabricante	Número de Registro da ANVISA	Validade	Quantidade ajustada de unidades - Item 8.29.2 do TR	Valor Unitário (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
XX	10	Exemplo: comprimido s	EXEMPLO	exemplo: caixa	3	3,3333	4	exemplo	ex: 12345678900 00	01/2020	12	0,2500	R\$ 3,0000