

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPIVARI

SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE MATERIAL E/OU SERVIÇO 333/2025

Unidade Solicitante: 20.00 - SECRETARIA DA SAUDE

Solicitação Nº: 333/2025

24/8/2025

Data Entrega Item/Serviço:

Prazo Cons./Exec.: 3 - IMEDIATO

Forma Entr./Exec.: 1 - INTEGRAL / TOTAL

Local para Entrega: 6 - ALMOXARIFADO DE MEDICAMENTOS - FARMÁCIA - AV. BRIGADEIRO FARIA LIMA 50 - - VILA SANTA

Funcionário: 22572001 - MATEUS SOUSA DOS SANTOS

Gestor Indicado:

Órgão Financeiro: 6 - SECRETARIA DA SAÚDE

Unidade Financeira: 1 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

Legislação / Convenio /

Aplicação: FARMÁCIA

Objeto: SECRETARIA DA SAÚDE – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Setor: Almoxarifado de Medicamentos

Aquisição de medicamentos para atendimento de ações judiciais.

Justificativa: O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS, DIETAS ENTERAIS E SUPLEMENTARES E INSUMOS (FRALDAS DESCARTÁVEIS) FAZ PARTE DA MANUTENÇÃO DA SAÚDE PRESTADO PELO MUNICÍPIO, SENDO DE SUA RESPONSABILIDADE A DISPENSAÇÃO PARA USUÁRIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). O INSUMO PRETENDIDO FOI PRESCRITO POR MÉDICO ESPECIALIZADO A FIM DE ATINGIR UMA MELHORA NAS CONDIÇÕES CLÍNICAS DO USUÁRIO. ENTRETANTO, MUITAS VEZES ESSES PRINCÍPIOS ATIVOS REQUISITADOS NÃO ESTÃO CONTEMPLADOS NA RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME) E/OU NA RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS (REMUME). DEVIDO A ISSO, O PACIENTE PODE SER ATENDIDO ATRAVÉS DE AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA MUNICIPAL OU AINDA POR INTERMÉDIO DE SENTENÇA DE AÇÃO JUDICIAL, MOVIDA PELO PACIENTE CONTRA A MUNICIPALIDADE. PORTANTO, ATRAVÉS DESTA, SOLICITO QUE SEJA REALIZADA COMPRA ATRAVÉS DO CONSUMO DE SALDO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS REGISTRADA VIGENTE PARA AQUISIÇÃO DOS ITENS SOLICITADOS.

Observação:

Ficha - Dotação Orçamentária: 276 - 09.01.3.3.90.32/10.303.0096.2.029.01.30000001
Fonte: 1 - TESOURO Aplicação: 300001 - SAÚDE - RECURSOS PRÓPRIOS
Sub-Elemento: 99 - OUTROS MATERIAIS DE DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

Item	Cod. Material	Quant.	Unid.	Descrição	Projeto	Vi. Unit.	Vi. Total
1	50.1.144	60	FRS	INSULINA LEVEMIR 100U/ML 3ML (DETEMIR) - LAB.: NOVO NORDISK - FRASCO	-	0,0000	0,00
2	3.1.4264	60	FLEXP EN	NOVORAPID - LAB.: NOVO NORDISK FARMACÊUTICA DO BRASIL LTDA - PRINC.ATIV: INSULINA ASPARTE - APRESENTAÇÃO: 100 U/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL X 3 ML + SISTISTEMA DE APLICAÇÃO (FLEX PEN)	-	0,0000	0,00
3	3.1.4263	100	PENFI LL	NOVORAPID - LAB.: NOVO NORDISK FARMACÊUTICA DO BRASIL LTDA - PRINC.ATIV: INSULINA ASPARTE - APRESENTAÇÃO: 100 U/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL C X 3 ML (PENFILL)	-	0,0000	0,00
Total:						R\$ 0,00	



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPIVARI

SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE MATERIAL E/OU SERVIÇO 333/2025

Total Geral: R\$ 0,00



Cotacao Capivari <capivari.cotacao@gmail.com>

Re: SOLICITAÇÃO DE COMPRA 333/2025 **(URGENTE)**

1 mensagem

PRO-REMEDIOS DIST DE PROD FARM E COSM EIRELI-ME

26 de fevereiro de 2025 às

<proremediosdf@gmail.com>

17:05

Para: Cotacao Capivari <capivari.cotacao@gmail.com>

Boa tarde!

Segue anexo sua solicitação.

Infelizmente os itens que não foram cotados nós estamos em falta.

A disposição para eventuais dúvidas e novas cotações

Isabelle

64 3620-7204

Em qua., 26 de fev. de 2025 às 14:49, Cotacao Capivari <capivari.cotacao@gmail.com> escreveu:

Boa tarde,

Segue anexo documento com alguns itens para os quais gostaríamos de solicitar um orçamento.

Favor fazê-lo o mais breve possível, tendo em vista a necessidade dessa demanda.

Por gentileza, incluir no seu orçamento:

CNPJ:**Tem NF-e:****Valor Unitário:****Frete:****Valor Total:****Prazo de Entrega:****Faturamento Mínimo:****Condição de Pagamento – Secretaria de Finanças****Valor****Prazo de Pagamento**

Até R\$ 3.000,00

30 dias

De R\$ 3.001,00 a R\$ 5.000,00

30 e 45 dias

De R\$ 5.001,00 a R\$ 10.000,00

30 e 60 dias

De R\$ 10.001,00 a R\$ 30.000,00

30, 60 e 90 dias

Acima de R\$ 30.001,00

30, 60, 90 e 120 dias

Caso não possa fornecer, por gentileza, responder a negativa

Aguardo seu contato e, desde já, agradeço!

Atenciosamente,



ADRIELY COSTA
Secretaria de Governo

Rua XV de Novembro, 639 - Centro
(19) 3492-9234
www.capivari.sp.gov.br

PRO-REMEDIOS DISTRIBUIDORA DE PROD. FARMACÊUTICOS E COSMÉTICOS LTDA.
MATRIZ - RUA SÃO PAULO, Nº 39, BAIRRO MEDEIROS - CEP: 75900-036 - RIO VERDE - GO
FONE: 64 3051-4938 / 3620-7204 / 3051-4933

 **CAPIVARI SP.pdf**
194K

MATRIZ: Rua São Paulo, nº 39 – Bairro Medeiros – CEP: 75900-036 – Rio Verde – GO

FONES: (64) 4141-2522 / 4141-2441 - FONE/FAX: (64) 36207204

EMAIL: pro-remedios@ibest.com.br

FILIAL: Quadra A/C 106, S/N, LT 01, CJ B, LJ 01 E 02 – Bairro Santa Maria – CEP: 72506-100

EMAIL: proremédiosdf@gmail.com

MODALIDADE: ORÇAMENTO						
CLIENTE: CAPIVARI-SP						
ATT: DEPARTAMENTO DE COMPRAS						
ITEM	QUANT.	UND	PRODUTOS	FABRICANTE	VLR UNIT	VLR TOTAL
1	60	FR	INSULINA LEVEMIR 100U/ML 3ML (DETEMIR)	FALTA		R\$ -
2	60	UN	INSULINA ASPARTE 100 U/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL X 3 ML + SISTISTEMA DE APLICAÇÃO (FLEX PEN)	NOVO NORDISK	R\$ 61,720	R\$ 3.703,20
3	100	UN	INSULINA ASPARTE 100 U/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL C X 3 ML (PENFILL)	FALTA		R\$ -
						R\$ 3.703,20
05.159.591/0001-68 PRÓ-REMÉDIOS DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS E COSMÉTICOS LTDA Rua São Paulo, nº 39 B Bairro Medeiros CEP: 75900-036 RIO VERDE GO RIO VERDE 26 DE FEVEREIRO DE 2025 <i>Isabelle Lopes dos Santos</i> ISABELLE LOPES DOS SANTOS CPF - 709.906.181-02						
VALIDADE DA PROPOSTA: 30 DIAS.						
VALOR MÍNIMO PARA FATURAMENTO DE PEDIDOS SERÁ DE R\$ 1.000,00 (UM MIL REAIS) DEVIDO AO FRETE.						
Declaro, que os preços acima indicados contemplam todos os custos diretos e indiretos incorridos pela proponente na data da apresentação desta proposta incluindo, entre outros: tributos, encargos sociais, material, despesas administrativas, seguro, frete e lucro.						

PR
PRÓ-REMÉDIOS
DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS
FARMACÉUTICOS E COSMÉTICOS LTDA

PRÓ-REMÉDIOS DIST. DE PROD. FARM. E COSM. LTDA.

MATRIZ: Rua São Paulo, nº 39 – Bairro Medeiros – CEP: 75900-036 – Rio Verde – GO

FONES: (64) 4141-2522 / 4141-2441 – FONE/FAX: (64) 36207204

EMAIL: pro-remedios@ibest.com.br

FILIAL: Quadra A/C 106, S/N, LT 01, CJ B, LJ 01 E 02 – Bairro Santa Maria – CEP: 72506-100

EMAIL: proremediosdf@gmail.com



Cotacao Capivari <capivari.cotacao@gmail.com>

RES: SOLICITAÇÃO DE COMPRA 333/2025 **(URGENTE)**

1 mensagem

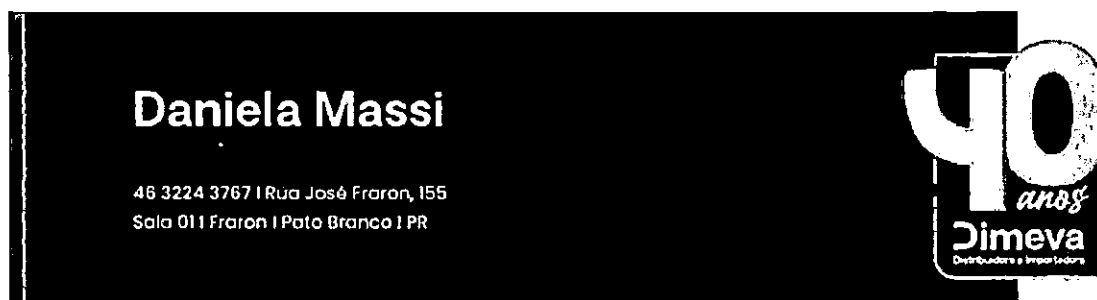
Daniela - Dimeva <daniela@dimeva.com.br>
Para: capivari.cotacao@gmail.com

26 de fevereiro de 2025 às 17:50

Boa tarde, Prezados!

Segue cotação em anexo.

Atenciosamente,



De: Cotacao Capivari <capivari.cotacao@gmail.com>
Enviada em: quarta-feira, 26 de fevereiro de 2025 14:50
Para: undisclosed-recipients:
Assunto: SOLICITAÇÃO DE COMPRA 333/2025 **(URGENTE)**

Boa tarde,

Segue anexo documento com alguns itens para os quais gostaríamos de solicitar um orçamento.

Favor fazê-lo o mais breve possível, tendo em vista a necessidade dessa demanda.

Por gentileza, incluir no seu orçamento:

CNPJ:**Tem NF-e:**

Valor Unitário:**Frete:****Valor Total:****Prazo de Entrega:****Faturamento Mínimo:****Condição de Pagamento – Secretaria de Finanças**

Valor	Prazo de Pagamento
Até R\$ 3.000,00	30 dias
De R\$ 3.001,00 a R\$ 5.000,00	30 e 45 dias
De R\$ 5.001,00 a R\$ 10.000,00	30 e 60 dias
De R\$ 10.001,00 a R\$ 30.000,00	30, 60 e 90 dias
Acima de R\$ 30.001,00	30, 60, 90 e 120 dias

Caso não possa fornecer, por gentileza, responder a negativa

Aguardo seu contato e, desde já, agradeço!

Atenciosamente,

27/02/2025, 10:57

Gmail - RES: SOLICITAÇÃO DE COMPRA 333/2025 **{URGENTE)**

 **COTAÇÃO DIMEVA - CAPIVARI 26.02.25.pdf**
143K

PATO BRANCO, 26 de FEVEREIRO de 2025

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPIVARI - SP

DISPENSA/ORÇAMENTO

ITEM	QUANT	UNID	DESCRIÇÃO	ABRIGADO	VALOR UNIT	VALOR TOT
2	60	UN	INSULINA ASPARTE – APRESENTAÇÃO: 100 U/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL X 3 ML + SISTEMA DE APLICAÇÃO (FLEX PEN)	NOVO NORDISK - NOVORAPID CANETA	R\$ 52,87	R\$ 3.172,20
			NOS VALORES ACIMA NÃO ESTA APLICADO AO PREÇO CMED/ CAP.	VALIDADE 01/2026		
					TOTA	R\$ 3.172,20

VALIDADE DA PROPOSTA: 20 DIAS			
PRAZO DE ENTREGA: 10 DIAS APÓS A EMISSÃO DA AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO;			
PRAZO DE PAGAMENTO: 30 DIAS			
BANCO DO BRASIL - AG 0495-2 - C/C 65.896-0 OU PIX NO CNPJ 76.386.283/0001-13			
DECLARAMOS QUE NOS PREÇOS CONTIDOS NA PROPOSTA ESCRITA E NAQUELES QUE, PORVENTURA, VIEREM A SER OFERTADOS POR MEIO DE LANCES VERBAIS, ESTÃO INCLuíDOS TODOS OS CUSTOS DIRETOS E INDIRETOS, IMPOSTOS, LUCRO EMPRESARIAL, TRIBUTOS INCIDENTES, SEGURO, FRETE E OUTROS NECESSÁRIOS AO CUMPRIMENTO INTEGRAL DO OBJETO DESTA EDITAL E SEUS ANEXOS.			
FATURAMENTO MÍNIMO: R\$ 1.000,00			

DANIELA MASSI - REPRESENTANTE
(17) 99636-1930
e-mail: daniela@dimeva.com.br
DIMEVA DISTRIBUIDORA E IMPORTADORA LTDA
CNPJ: 76.386.283/0001-13

Help protect the environment.

● **Confidentiality:** This electronic message contains information that may be confidential and restricted. It may not be copied, shared or disclosed without DROGAL's written permission. The information is for the individual use or the above sender. If you are not the intended addressee of this information and you have received the transmission in mistake, please notify the sender and delete it immediately. All rights reserved.

De: Cotacao Capivari <capivari.cotacao@gmail.com>

Enviado: quarta-feira, 26 de fevereiro de 2025 08:18

Assunto: E-mail externo (cuidado) : SOLICITAÇÃO DE COMPRA 333/2025 **(URGENTE)**

ATENÇÃO: Este e-mail é de um remetente externo à organização. Não clique em links ou abra anexos, a menos que reconheça o remetente e confirme que o conteúdo é seguro.

>

Bom dia,

Segue anexo documento com alguns itens para os quais gostaríamos de solicitar um orçamento.

Favor fazê-lo o mais breve possível, tendo em vista a necessidade dessa demanda.

Por gentileza, incluir no seu orçamento:

CNPJ:

Tem NF-e:

Valor Unitário:

Frete:

Valor Total:

Prazo de Entrega:

Faturamento Mínimo:

Condição de Pagamento – Secretaria de Finanças

Valor	Prazo de Pagamento
Até R\$ 3.000,00	30 dias
De R\$ 3.001,00 a R\$ 5.000,00	30 e 45 dias
De R\$ 5.001,00 a R\$ 10.000,00	30 e 60 dias
De R\$ 10.001,00 a R\$ 30.000,00	30, 60 e 90 dias
Acima de R\$ 30.001,00	30, 60, 90 e 120 dias

Caso não possa fornecer, por gentileza, responder a negativa

Aguardo seu contato e, desde já, agradeço!

Atenciosamente,



PREFEITURA DE
CAPIVARI
Transformando o presente, construindo o futuro

ADRIELY COSTA
Secretaria de Governo

📍 Rua XV de Novembro, 639 - Centro

📞 (19) 3492-9234

🌐 www.capivari.sp.gov.br



Cotacao Capivari <capivari.cotacao@gmail.com>

RES: SOLICITAÇÃO DE COMPRA 333/2025 **(URGENTE)**

1 mensagem

Vendas 7 - BR Farma On <vendas7@brfarmaon.com.br>
Para: Cotacao Capivari <capivari.cotacao@gmail.com>

26 de fevereiro de 2025 às 08:52

Bom dia,

Segue cotação em anexo.



Murilo Maziero Viana

Auxiliar de Vendas

Brasil Farma On

CNPJ: 40.254.918/0001-81

Rua Sete, 120 – Setor Flamboyant

Catalão - GO

Telefone: (16) 3238-1900 – ramal 1911

De: Cotacao Capivari [mailto:capivari.cotacao@gmail.com]

Enviada em: quarta-feira, 26 de fevereiro de 2025 08:18

Para: undisclosed-recipients:

Assunto: SOLICITAÇÃO DE COMPRA 333/2025 **(URGENTE)**

Bom dia,

Segue anexo documento com alguns itens para os quais gostaríamos de solicitar um orçamento.

Favor fazê-lo o mais breve possível, tendo em vista a necessidade dessa demanda.

Por gentileza, incluir no seu orçamento:

CNPJ:**Tem NF-e:****Valor Unitário:****Frete:****Valor Total:****Prazo de Entrega:****Faturamento Mínimo:****Condição de Pagamento – Secretaria de Finanças**

Valor	Prazo de Pagamento
Até R\$ 3.000,00	30 dias
De R\$ 3.001,00 a R\$ 5.000,00	30 e 45 dias
De R\$ 5.001,00 a R\$ 10.000,00	30 e 60 dias
De R\$ 10.001,00 a R\$ 30.000,00	30, 60 e 90 dias
Acima de R\$ 30.001,00	30, 60, 90 e 120 dias

Caso não possa fornecer, por gentileza, responder a negativa

Aguardo seu contato e, desde já, agradeço!

Atenciosamente,

**ADRIELY COSTA**
Secretaria de Governo

Rua XV de Novembro, 639 - Centro

(19) 3492-9234

www.captvari.sp.gov.br



Não contém vírus.www.avg.com



COTAÇÃO - BR FARMAON - PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPIVARI_26022025_333.pdf
167K

BR FARMAON

CNPJ: 40.254.918/0001-81

I.E: 10.819.764-6

TELEFONE: (16) 3238-1900

CATALÃO-GO

RUA 07, NUMERO 120 - SETOR FLAMBOYANT CEP: 75.710-864



RAZÃO SOCIAL: PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPIVARI

CNPJ: 44.723.674/0001-90

Email: vendas3@brfarmaon.com.br

Item	Descrição	Quantidade	Unidade	Marca	Preço	Valor Total
1	INSULINA LEVEMIR 100U/ML 3ML (DETEMIR) – LAB.: NOVO NORDISK –	60	FRS	FALTA	R\$ -	R\$ -
2	NOVORAPID - LAB.: NOVO NORDISK FARMACÊUTICA DO BRASIL LTDA – PRINC.ATIV: INSULINA ASPARTE – APRESENTAÇÃO: 100 U/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL X 3 ML + SISTISTEMA DE APLICAÇÃO (FLEX PEN)	60	FLEXP	FALTA	R\$ -	R\$ -
3	NOVORAPID - LAB.: NOVO NORDISK FARMACÊUTICA DO BRASIL LTDA - PRINC.ATIV: INSULINA ASPARTE – APRESENTAÇÃO: 100 U/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL C X 3 ML (PENFILL)	100	PENFILL	NOVO NORDISK	R\$ 64,80	R\$ 6.480,00

Condições de Pagamento: 28 DIAS

Prazo de Entrega: 10 DIAS

Validade Proposta: 60 DIAS

Data: 26/02/2025

FATURAMENTO MÍNIMO 600,00

40.254.918/0001-81

BRASIL FARMAON MEDICAMENTOS
FARMACEUTICOS LTDA

Rua 07, 120

Setor Flamboyant - CEP 75.710-864

CATALÃO - GO



Cotacao Capivari <capivari.cotacao@gmail.com>

RES: SOLICITAÇÃO DE COMPRA 333/2025 **(URGENTE)**

1 mensagem

Vendas 7 - Inova Hospitalar <vendas7@inovahosp.com.br>
Para: Cotacao Capivari <capivari.cotacao@gmail.com>

26 de fevereiro de 2025 às 08:52

Bom dia,

Segue cotação.

**Murilo Maziero Viana****Auxiliar de Vendas**

Inova Comercial Hospitalar

CNPJ: 18.872.656/0001-60

Telefone: (16) 3238-1900 – ramal 1911

Visite nosso site: www.inovahosp.com.br**De:** Cotacao Capivari [mailto:capivari.cotacao@gmail.com]**Enviada em:** quarta-feira, 26 de fevereiro de 2025 08:18**Para:** undisclosed-recipients:**Assunto:** SOLICITAÇÃO DE COMPRA 333/2025 **(URGENTE)**

Bom dia,

Segue anexo documento com alguns itens para os quais gostaríamos de solicitar um orçamento.

Favor fazê-lo o mais breve possível, tendo em vista a necessidade dessa demanda.

Por gentileza, incluir no seu orçamento:

CNPJ:

Tem NF-e:**Valor Unitário:****Frete:****Valor Total:****Prazo de Entrega:****Faturamento Mínimo:****Condição de Pagamento – Secretaria de Finanças**

Valor	Prazo de Pagamento
Até R\$ 3.000,00	30 dias
De R\$ 3.001,00 a R\$ 5.000,00	30 e 45 dias
De R\$ 5.001,00 a R\$ 10.000,00	30 e 60 dias
De R\$ 10.001,00 a R\$ 30.000,00	30, 60 e 90 dias
Acima de R\$ 30.001,00	30, 60, 90 e 120 dias

Caso não possa fornecer, por gentileza, responder a negativa

Aguardo seu contato e, desde já, agradeço!

Atenciosamente,

**ADRIELY COSTA**
Secretaria de Governo

Rua XV de Novembro, 639 - Centro
(19) 3492-9234
www.capivari.sp.gov.br



Não contém vírus.www.avg.com



INOVA -COTAÇÃO PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPIVARI_26022025_333.pdf

167K

inova

COMERCIAL HOSPITALAR
CNPJ: 18.872.656/0001-60

(16) 3238-1900

Rua Seny Ribeiro dos Santos
Motta N° 293 Jd. Porto Seguro
Cep. 14079-604 / Ribeirão Preto

CLIENTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPIVARI
CNPJ 44.723.674/0001-90

EMAIL: vendas7@inovahosp.com.br

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	UNIDADE	MARCA	VLR UNIT	VLR TOTAL
1	INSULINA LEVEMIR 100U/ML 3ML (DETEMIR) – LAB.: NOVO NORDISK –	60	FRS	FALTA	R\$ -	R\$ -
2	NOVORAPID - LAB.: NOVO NORDISK FARMACEUTICA DO BRASIL LTDA – PRINC.ATIV: INSULINA ASPARTE – APRESENTAÇÃO: 100 U/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL X 3 ML + SISTISTEMA DE APLICAÇÃO (FLEX PEN)	60	FLEXP	FALTA	R\$ -	R\$ -
3	NOVORAPID - LAB.: NOVO NORDISK FARMACEUTICA DO BRASIL LTDA - PRINC.ATIV: INSULINA ASPARTE – APRESENTAÇÃO: 100 U/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL C X 3 ML (PENFILL)	100	PENFILL	NOVO NORDISK	R\$ 71,28	R\$ 7.128,00
						R\$ 7.128,00

18.872.656/0001-60

INOVA COMERCIAL
HOSPITALAR EIRELI

R. Seny Ribeiro dos Santos Mota, 293
Jardim Porto Seguro - CEP 14079-604

RIBEIRÃO PRETO - SP

Condições de Pagamento: 28 Dias.
Prazo de Entrega: 10 Dias.
Validade Proposta: 60 Dias.

Data: 26/02/2025

FATURAMENTO MINIMO R\$600,00

PROMOTOR: CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DA AMREC - CSMAREC CIDADE: CRICIÚMA-SC PROCESSO: 001/2025 LOTE: 48 ITEM: 1

UNIDADE: refil QUANTIDADE: 144,00

PARTICIPANTE	Descrição	MARCA	MODELO	VALOR
A. G. KUENH & CIA LTDA	Insulina (parte 100U/ml) (NOVO RAPID FLEXPEN) - refil (preenchida - judicial)	NOVO RAPIDISK	CAN C/3 ML	75,3997

82225947000165

Copiar label



Cotação

ADRIELY

Preços propostos para o item

PROMOTOR: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL NOVO VALE CIDADE: SÃO JOSÉ DO BARREIRO-SP PROCESSO: 002/2024 LOTE: 207 ITEM: 1

DESCRIÇÃO: INSULINA NOVORAPID FLEXPEN (ASPARTE 100U/ ML) C/ 3ML

UNIDADE: Unidade QUANTIDADE: 100,00

PARTICIPANTE	Documento	MARCA	MODELO	VALOR
R O GATTAS MEDICAMENTOS LTDA	27363657000170	NOVANORDIST	NOVANORDIST	78,57
ALMEIDA FARMACEUTICA LTDA	40455009000101	NOVORAPID	CAN 3 ML	78,56
-FRAGNARI DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA	14271474000182	NOVO NORDISK	NOVORAPID	64,80

Copiar tabela

DESCRIÇÃO

INSULINA ASPARTE 100U/ML

DESCRIÇÃO

INSULINA ASPARTE 100U/ML

INSULINA ASPARTE 100U/ML

INSULINA ASPARTE 100U/ML

INSULINA ASPARTE 100U/ML

INSULINA ASPARTE 100U/ML

INSULINA ASPARTE 100U/ML

INSULINA ASPARTE 100U/ML

INSULINA ASPARTE 100U/ML

INSULINA ASPARTE 100U/ML

INSULINA ASPARTE 100U/ML

INSULINA ASPARTE 100U/ML

INSULINA ASPARTE 100U/ML

INSULINA ASPARTE 100U/ML



Pesquisar



POR PTB2

16:03

28/02/2025