



SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE MATERIAL E/OU SERVIÇO 1511/2025

Cotação 1098/25
08/09

Unidade Solicitante: 20.00 - SECRETARIA DA SAUDE
Solicitação Nº: 1511/2025

Data Entrega Item/Serviço:

Prazo Cons./Exec.: -
Forma Entr./Exec.: -
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 / Contrato :

Aplicação: DEMANDA JUDICIAL
Objeto: SECRETARIA DA SAÚDE - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Setor: Almocharifado de Medicamentos

Aquisição de medicamentos para atendimento de ações judiciais.

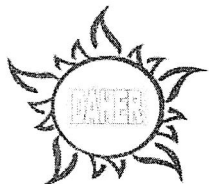
Justificativa:

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: Maria Cerezer Paviotti - 1000938-98.2017.8.26.0125

Ficha - Dotação Orçamentaria: 276 - 06.01.3.3.90.32.10.303.0096.2.029.01.3000001
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.	Vlr. Total
1	50.1.570	240	CPS	PROHN (Bifidobacterium lactis HN019) - Cápsula	-	0,0000	0,00
						Total:	R\$ 0,00
						Total Geral:	R\$ 0,00



DAHER DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS EIRELI EPP

CNPJ 08.446.915/0001-37 IE 451.108.762.116

Cliente: PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPIVARI							
ITEM	QDE	FORMA	PRODUTO	MARCA	EMB.	V. UNIT	V. TOTAL
1	240	caps	PROHN (Bifidobacterium lactis HN019)	prohn	c/15	4,8662	R\$ 1.167,8904
						TOTAL	R\$ 1.167,89

PRAZO DE ENTREGA 5 DIAS

VALIDADE DA PROPOSTA 3 DIAS

TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA 30 DIAS

MEDICAMENTOS COM GARANTIA DE 50% DE VALIDADE

FRETE INCLUSO

FATURAMENTO MÍNIMO R\$ 600,00

BANCO DO BRASIL - AG: 0111-2 - C/C 1559-8

NÃO TRABALHAMOS COM CAP, CASO SEJA NECESSÁRIO, DESCONSIDERE NOSSA PROPOSTA!!!

MIRASSOL

05/09/2025

NAYARA THAIS MARTIL
VENDEDORA
CPF: 418.055.548-40

08.446.915/0001-37
DAHER DISTR. DE
MEDICAMENTOS EIRELI - EPP
RUA 13 DE MAIO N.º 2126
Centro - CEP 15.130-000
MIRASSOL - SP

DAHER DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS EIRELI EPP

Rua: 13 de Maio 2126, Bairro: Centro, CEP 15130-033, Mirassol-SP, Tel (17)3243-1641 e-mail:

daher@daherdistribuidora.com.br

Re: Solicitação 1511

1 mensagem

Daher Distribuidora <daher@daherdistribuidora.com.br>
Para: Cotacao Capivari <capivari.cotacao@gmail.com>

5 de setembro de 2025 às 14:27

ola, faça do seu dia um ótimo dia!!!

Conforme solicitado, segue em anexo a cotação.

Lembrando que o nosso faturamento mínimo pode ser preenchido com uma ou mais Autorizações de Fornecimento, caso ganhemos algo. Ou, podemos diluir o frete no pedido caso o faturamento não tenha sido completado.

Qualquer dúvida, negociação ou nova cotação, me contate, estou à disposição.

FAVOR CONFIRMAR O RECEBIMENTO DESTA E-MAIL

--

Atenciosamente.

DAHER DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS EIRELI

Skype: DAHER DISTRIBUIDORA

Leonardo -> Empenhos / Compras - (17) 3253-6663

Lucas -> Logística - (17) 3253-6663

Flávia -> Financeiro - (17) 3253-6663

Luan -> Licitações - (17) 3253-6663

FAVOR CONFIRMAR O RECEBIMENTO DESTA E-MAIL

--

Atenciosamente.

DAHER DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS EIRELI

Skype: DAHER DISTRIBUIDORA

Leonardo -> Empenhos / Compras - (17) 3253-6663

Lucas -> Licitações - (17) 3253-6663

Tania -> Financeiro - (17) 3253-6663

Willian -> Logística - (17) 3243-1641

Em sex., 5 de set. de 2025 às 14:13, 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,

Amanda

Prefeitura Municipal de Capivari
Dep. de Compras e Licitações
CNPJ: 44.723.674/0001-90



prohn.pdf
228K

BR FARMACON

CNPJ: 40.254.918/0001-81

IE: 10.819.764-6

CATALÃO-GO

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



CLIENTE : PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPIVARI

Item	Descrição	Quantidade	Unidade	Marca	Preço	Valor Total
1	PROHN (Bifidobacterium lactis HN019) - Cápsula	240	CPS	ACHE	4,17	R\$ 1.000,80
						R\$ 1.000,80

Condições de Pagamento: 28Dias

Prazo de Entrega: 10 dias

Validade Proposta: 30 dias

Data: 05/09/2025

PEDIDO MIN: \$600,00

40.254.918/0001-81

BRASIL FARMACON MEDICAMENTOS
FARMACEUTICOS LTDA

Rua 07, 120

Setor: Flamboyant - CEP 75.710-864

CATALÃO - GO



Cotacao Capivari <capivari.cotacao@gmail.com>

ORÇAMENTO BR

1 mensagem

Vendas 7 - BR Farma ON <vendas7@brfarmaon.com.br>

5 de setembro de 2025 às 16:25

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

Boa tarde,

Segue orçamento;.



Não contém vírus.www.avg.com



BR ORÇAMENTO.pdf

135K

ORÇAMENTO Nº000735

**USAMIX
BRASIL**

Enviado por USAMIX BRASIL DISTRIBUIDORA E REPRESENTAÇÃO COMERCIAL LTDA.

Telefone: (19) 3468-3324

E-mail: usamixbrasil@usamixbrasil.com.br

Endereço: AV AFFONSO PANSAN, 351

Cidade: AMERICANA UF: SP

Enviado para:

CNPJ: 38.393.402/0001-76

I.E.: 165.525.368.114

Bairro: PARQUE PRIMAVERA

Cep: 13473-620

DATA:

08/09/2025

Razão Soc PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPIVARI

Telefone: (19) 3492-9200/3492-9221

E-mail: capivari.cotacao@gmail.com

Endereço: Rua XV de Novembro, 639

Cidade: CAPIVARI

CNPJ: 44.723.674/0001-90

Contato: Amanda

Setor Compras

Bairro: Centro

CEP: 13360-023

ITEM	QTDE	UND	DESCRITIVO CLIENTE	DESCRITIVO USAMIX	MARCA	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	240	CPS	PROHN (Bifidobacterium lactis HN019) - Cápsula		Achê	R\$ 7,99	R\$ 1.917,60
						VALOR TOTAL:	R\$ 1.917,60

Validade Orçamento: 30dd

Prazo de Entrega: 15 dd após confirmação pedido

Condições de Pagamento: A VISTA

Frete: CIF

Forma de Pagamento: TED BANCÁRIA

CONTATO RESPONSÁVEL:

MARCIO CAETANO PULCINI (19) 99706-4346

LUIS MUNHOZ (19) 99873-2689

Usamix Brasil Dist e Rep Comercial Ltda Epp
CNPJ 38.393.402/0001-76ASSINADO DE FORMA DIGITAL POR
Usamix Brasil Distribuidora e Representação
Comercial Ltda Epp 38.393.402/0001-76
DADOS 2021.20.25 09:00"03.00"

RES: Solicitação 1511

1 mensagem

usamixbrasil@usamixbrasil.com.br <usamixbrasil@usamixbrasil.com.br>

8 de setembro de 2025 às 10:25

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

BOM DIA AMANDA!!

SEGUE EM ANEXO VSO ORCAMENTO

ATT

LUIS MUNHOZ
Departamento de compras (19) 99382-9738 usamixbrasil@usamixbrasil.com.br Av. Affonso Pansan, 351 Fq.
Primavera, Americana SP

CNPJ: 38.393.402/0001-76

De: Cotacao Capivari <capivari.cotacao@gmail.com>**Enviada em:** segunda-feira, 8 de setembro de 2025 09:50**Para:** usamixbrasilusamixbrasil.com.br <usamixbrasil@usamixbrasil.com.br>**Assunto:** Solicitação 1511

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,

Amanda

Prefeitura Municipal de Capivari
Dep. de Compras e Licitações
CNPJ: 44.723.674/0001-90



ORCAMENTO USAMIX CAPIVARI SCN° 1511-2025 PROHN.pdf

191K

