



Prefeitura Municipal de Sorocaba

DATA 30/12/2025

Modalidade E PREGAO ELETRONICO

00190 /2025

PG. 1

Local de Entrega CONFORME EDITAL

Proposta Comercial

A PREFEITURA MUNICIPAL DE SOROCABA

Secretaria de Administracao - Secao de Custos e Precos de Referencia

Prezados, conforme solicitado segue a cotacao:

DADOS DO FORNECEDOR

Razao Social : _____ Responsavel: _____
 Endereco : _____ Fone : _____
 C.N.P.J. : _____ - email: _____

ITENS A COTAR

CR	LOTE	ITEM	DESCRICAO OBJETO	QTDE. SOLICITADA	VL.UNITARIO	VL.TOTAL	MARCA
<N>	0	1	BROMAZEPAM 6 MG -INDICACAO: INDICADO PARA ANSIEDADE, TENSAO E OUTRAS QUEIXAS FISICAS OU PSICOLOGICAS ASSOCIADAS A SINDROME DE ANSIEDADE. E INDICADO TAMBEM COMO AUXILIAR NO TRATAMENTO DE ANSIEDADE E AGITACAO ASSOCIADAS A QUADROS PSIQUIATRICOS, COMO TRANSTORNOS DE HUMOR (DOENCAS PSIQUIATRICAS EM QUE O INDIVIDUO APRESENTA DEPRESSAO OU EUFORIA DESPROPORCIONAIS) E ESQUIZOFRENIA (DOENCA PSIQUIATRICA EM QUE COSTUMAM OCORRER ALUCINACOES). -FORMA FARMACEUTICA: COMPRIMIDO. -N. R.M.S. / LOTE. -DATA DE FABRICACAO / VALIDADE. -REFERENCIA: LEXOTAN (ROCHE) OU SIMILAR.	540	CMP		Fabruante
<N>	0	2	DIENOGESTE 2MG -INDICACAO: MEDICAMENTO QUE CONTEM HORMONIO PARA O TRATAMENTO DOS SINTOMAS DOLOROSOS DAS LESOES DA ENDOMETRIOSE (MIGRACAO E CRESCIMENTO DO TECIDO DA PAREDE INTERNA DO UTERO FORA DA CAVIDADE UTERINA). -FORMA FARMACEUTICA: COMPRIMIDO. -N. R.M.S. / LOTE. -DATA DE FABRICACAO / VALIDADE. -REFERENCIA: ALLURENE (BAYER) OU SIMILAR.	540	CMP		
<N>	0	3	BENZOATO DE ALOGLIPTINA 12,5 MG BENZOATO DE ALOGLIPTINA 12,5 MG- INDICACAO: Reducao dos niveis de acucar no sangue em pacientes com diabetes mellitus tipo 2, auxilio na melhoria dos niveis de insulina produzidos pelo organismo apos uma refeicao, reducao da quantidade de acucar produzida pelo organismo.- FORMA FARMACEUTICA: Comprimido	540	CMP		



Prefeitura Municipal de Sorocaba

DATA 30/12/2025

Modalidade E PREGAO ELETRONICO 00190 /2025

PG. 2

Local de Entrega CONFORME EDITAL

mido. - APRESENTACAO: Caixa com 30 comprimidos. -
No R.M.S. / Lote. - Data de Fabricacao / Validade.
- REFERENCIA: Takeda (Nesina) ou similar.

<N>— 0— 4 BROMETO DE TIOTROPIO 2,5 MCG 187— FRC

-INDICACAO: TRATAMENTO DE MANUTENCAO DE PACIENTES
COM DOENCA PULMONAR OBSTRUTIVA CRONICA (DPOC) QU
E, CARACTERIZADA POR TOSSE, CATARRO E FALTA DE AR
, OCORRE PRINCIPALMENTE EM DECORRENCIA DA INALACA
O DA FUMACA DE CIGARRO, INCLUINDO TAMBEM BRONQUIT
E CRONICA E ENFISEMA PULMONAR (IRRITACAO RESPIRAT
ORIA CRONICA), ASSOCIADA A DISPNEIA (FALTA DE AR)
, MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA E REDUCAO DOS EPIS
ODIOS DE EXACERBACAO (CRISES DE AGRAVAMENTO) DA D
OENCA.

-FORMA FARMACEUTICA: SOLUCAO PARA INALACAO ORAL.

-APRESENTACAO: FRASCO COM 60 DOSES.

-N. R.M.S. / LOTE.

-DATA DE FABRICACAO / VALIDADE.

-REFERENCIA: BOEHRINGER (SPIRIVA RESPIMAT) OU SIM
ILAR.

<N>— 0— 5 BROMIDRATO DE VORTIOXETINA 10 MG 1.620— CMP

BROMIDRATO DE VORTIOXETINA 10 MG- INDICACAO: indi
cado para o tratamento de transtorno depressivo ma
ior em adultos- FORMA FARMACEUTICA: comprimido rev
estido.- No R.M.S. / Lote.- Data de Fabricacao / V
alidade.- REFERENCIA: Lundbeck (Brintellix) ou Sim
ilar.

<N>— 0— 6 RUXOLITINIBE 20 MG 1.080— CMP

RUXOLITINIBE 20 MG- INDICACAO: Tratamento de Miel
ofibrose (tipo raro de cancer no sangue) e Policite
mia vera.- FORMA FARMACEUTICA: Comprimido.- No R.
M.S. / Lote.- Data de Fabricacao / Validade.- REFE
RENCIA: JAKAVI (Novartis) ou Similar.

<N>— 0— 7 ALOGLIPTINA 12,5 MG + METFORMINA 1000 MG 1.080— CMP

-INDICACAO: INDICADO NO TRATAMENTO DE ADULTOS A P
ARTIR DOS 18 ANOS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2.

-FORMA FARMACEUTICA: COMPRIMIDO REVESTIDO.

-N. R.M.S. / LOTE.

-DATA DE FABRICACAO / VALIDADE.

-REFERENCIA: NESINA MET (TAKEDA) OU SIMILAR.

<N>— 0— 8 DESLORATADINA XPE 547— FRC

- INDICACAO: ALIVIO RAPIDO DOS SINTOMAS ASSOCIADOS
A RINITE ALERGICA, ENTRE ELES ESPIRRO, RINORREIA,
PRURIDO E CONGESTAO NASAL, LACRIMEJAMENTO E VERME
LHIDAO NOS OLHOS, PRURIDO DO PALATO E TOSSE.

- FORMA FARMACEUTICA: XAROPE

- APRESENTACAO: FRASCO COM 60ML



Prefeitura Municipal de Sorocaba

DATA 30/12/2025

Modalidade E PREGAO ELETRONICO 00190 /2025

PG. 3

Local de Entrega CONFORME EDITAL

- N RMS/LOTE:
- DATA DE FABRICACAO / VALIDADE.
- REFERENCIA: MERCK (DESALEX) OU SIMILAR.

<N>—	0—	<p>9 METOTREXATO 25 MG/ML</p> <p>-INDICACAO: MEDICAMENTO UTILIZADO NO TRATAMENTO D E ALGUMAS NEOPLASIAS (CANCERES) E DE ALGUMAS DOEN CAS NAO MALIGNAS.</p> <p>-FORMA FARMACEUTICA: SOLUCAO INJETAVEL.</p> <p>-APRESENTACAO: FRASCO-AMPOLA 2 ML.</p> <p>-N. R.M.S. / LOTE.</p> <p>-DATA DE FABRICACAO / VALIDADE.</p> <p>-REFERENCIA: HYTAS (ACCORD) OU SIMILAR.</p>	367,—	FA	
<N>—	0—	<p>10 CLORTALIDONA 12,5 MG</p> <p>CLORTALIDONA 12,5 MG- INDICACAO: Diminuir a press ao arterial (hipertensao) e tratar insuficiencia c ardiaca.- FORMA FARMACEUTICA: Comprimidos.- APRESE NTACAO: Comprimidos acondicionados em blister.- No R.M.S. / Lote.- Data de Fabricacao / Validade.- R EFERENCIA: Novartis (Higroton) ou Similar.</p>	270,—	CMP	
<N>—	0—	<p>11 CLORTALIDONA 25 MG— MJ</p> <p>CLORTALIDONA 25 MG - MJ- INDICACAO: anti-hiperten sivo.- FORMA FARMACEUTICA: comprimido.- APRESENTAC AO: caixa com 42 comprimidos.- No R.M.S. / lote.- Data de fabricacao / validade.- REFERENCIA: Novart is (Higroton), Pharlab (Clorton) ou similar.</p>	1.080,—	CMP	
—	0—	<p>12 CUMARINA 5MG/ML + HEPARINA SODICA 50UI/ML— 240ML</p> <p>CUMARINA 5 MG/ML + HEPARINA SODICA 50 UI/ML- INDI CACAO: tratamento local de afeccoes venosas e linf aticas: sindromes varicosas, varizes, hemorroidas, ulceras das pernas, flebites, tromboflebites, per iflebites, sindromes pos-flebiticas, linfangites. Disturbios circulatorios locais, tais como hematom as. Tratamento auxiliar nos casos mais graves de a feccoes venosas e linfaticas, como por exemplo, li nfedemas.- FORMA FARMACEUTICA: creme.- APRESENTACA O: frasco de 240 ml.- No R.M.S. / lote.- Data de f abricacao / validade.- REFERENCIA: Venalot H (Take da) ou similar.</p>	367,—	FRC	
<N>—	0—	<p>13 DESONIDA 0,5 MG/G</p> <p>DESONIDA 0,5 MG/G- INDICACAO: tratamento de lesoe s de origem inflamatoria, dentre elas dermatite at opica, doencas inflamatorias e pruriginosas de pel e e dermatite seborreica de face leve a moderada.- FORMA FARMACEUTICA: gel creme.- APRESENTACAO: bis naga 30 g. - CLASSE: anti-inflamatorio.- No R.M.S. / lote.- Data de fabricacao / validade.- REFERENC IA: Ache (Adinos) ou similar.</p>	18,—	BIS	



Prefeitura Municipal de Sorocaba

DATA 30/12/2025

Modalidade E PREGAO ELETRONICO

00190 /2025

PG. 4

Local de Entrega CONFORME EDITAL

<N> 0	14 DIACEREINA 50 MG-- MJ	1.080,--- CAP
<p>DIACEREINA 50 MG - MJ- INDICACAO: tratamento de o steoartrose.- FORMA FARMACEUTICA: drageas.- APRESE NTACAO: caixa com 30 drageas.- No R.M.S. / Lote.- Data de fabricacao / validade.- REFERENCIA: TRB Ph arma (Artrodar) ou similar.</p>		
<N> 0	15 DAPAGLIFLOZINA 5MG + CLORIDRATO METFORMINA 1000MG	2.160,--- CMP
<p>DAPAGLIFLOZINA 5 MG + CLORIDRATO DE METFORMINA 10 00 MG- INDICACAO: adjuvante a dieta e exercicios p ara melhorar o controle glicemico em adultos com d iabetes mellitus tipo 2 quando o tratamento com am bos dapagliflozina e metformina e apropriado.- FOR MA FARMACEUTICA: comprimido revestido de liberacao prolongada.- CLASSE: Antidiabeticos orais.- No R. M.S. / Lote.- Data de Fabricacao / Validade.- REFE RENCIA: Bristol-Myers (Xigduo) ou similar.</p>		
<N> 0	16 DULAGLUTIDA 1,5 MG	180,--- UN
<p>DULAGLUTIDA 1,5 MG- INDICACAO: Monoterapia (terap ia com medicamento unico), como um adjuvante a die ta e ao exercicio, para melhorar o controle da tax a de glicose (acucar) no sangue em adultos com dia betes mellitus tipo 2.- FORMA FARMACEUTICA: Soluca o injetavel.- APRESENTACAO: Caneta com 0,5 ml (1,5 mg).- No R.M.S. / Lote.- Data Fabricacao / Valida de.- REFERENCIA: Eli Lilly (Trulicity) ou Similar.</p>		
<N> 0	17 DENOSUMABE 60 MG	21,--- SER
<p>DENOSUMABE 60 MG- INDICACAO: Tratamento da osteop orose em mulheres pos-menopausa.- FORMA FARMACEUTI CA: Solucao injetavel.- APRESENTACAO: Seringa pree nchida 1ml.- No R.M.S. / Lote.- Data Fabricacao / Validade.- REFERENCIA: GSK (Prolia) ou Similar.</p>		
0017 Cotacoes mostradas		VALOR TOTAL

CONDICOES DE FORNECIMENTO

Validade Proposta : 60 DIAS
 Condicao Pagto. : CONFORME EDITAL
 Garantia/Prazo Entrega : CONFORME TERMO DE REFERENCIA
 Data : _____

Carimbo da firma e Assinatura : _____