Prefeitura Municipal de Sorocaba

DATA 23/06/2026 Modalidade E PREGAO ELETRONICO 00063 /2026 PG. 1

Local de Entrega CONFORME TERMO DE REFERENCIA

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

MARCA (nome comercial)/FABRICANTE

CR	LOTE	ITEM	DESCRICAO OBJETO	QTDE. SOLICITADA	VL.UNITARIO	VL.TOTAL	M[redacted]
<N>	0	1	CARBONATO DE CALCIO 500 MG+VITAMINA D 400 UI - INDICACAO: COMPLEMENTACAO DAS NECESSIDADES ORGANICAS DE CALCIO, EM ESTADOS DEFICIENTES E PARA O TRATAMENTO DE HIPOCALCEMIA; TRATAMENTO E PREVENCAO DA OSTEOPOROSE. - CADA COMPRIMIDO DEVE CONTER 1.250 MG DE CARBONATO DE CALCIO (EQUIVALENTE A 500 MG DE CALCIO ELEMENTAR). - FORMA FARMACEUTICA: COMPRIMIDO. - LOTE. - DATA DE FABRICACAO/VALIDADE. - REFERENCIA: SANOFI (OSCAL 500 + D 400 UI), BEDALM PHARMA (OSTEONEO D) OU SIMILAR.	.950.000,—— CMP	_____	_____	_____
<N>	0	2	DEXAMETASONA 0,1% (COLIRIO) DEXAMETASONA 0,1% (COLIRIO)- INDICACAO: condicoes inflamatorias da conjuntiva palpebral e bulbar cornea e segmento anterior do globo, tais como conjuntivite alergica, acne rosacea, ceratite puntata superficial, ceratite por herpes zoster, irites. Algumas conjuntivites infecciosas, traumas corneanos causados por queimaduras quimicas, termicas ou por radiacao, casos de corpo estranho, quando se aceita o risco inerente ao uso de esteroides para se obter a necessaria diminuicao do edema e inflamacao. Supressao da reacao ao enxerto apos ceratoplastia.- FORMA FARMACEUTICA: suspensao oftalmica.- APRESENTACAO: frasco conta gotas com 5 ml.- No R.M.S. / lote. - Data de fabricacao / validade.- REFERENCIA: Alcon (Maxidex), generico ou similar.	360,—— FRC	_____	_____	_____

Prefeitura Municipal de Sorocaba

Local de Entrega CONFORME TERMO DE REFERENCIA

<N>—— 0—— 3 CAPTOPRIL 25 MG .43.000,——— COM _____ _____ _____
CAPTOPRIL 25 MG
COMPRIMIDO.
BLISTER COM 10, 16 OU 28 COMPRIMIDOS - CAIXA COM 2
00 A 500 COMPRIMIDOS.
- N. R.M.S. / LOTE.
- DATA DE FABRICACAO / VALIDADE.
CAPOTEN OU SIMILAR.

<N>—— 0—— 4 ALBENDAZOL 400 MG .14.000,——— CMP _____ _____ _____
ALBENDAZOL 400 MG- INDICACAO: antihelmintico poli
valente.- FORMA FARMACEUTICA: comprimido mastigave
l.- No R.M.S. / lote.- Data de fabricacao / valida
de.- REFERENCIA: GSK (Zentel), Ache (Parasin) ou s
imilar.

<N>—— 0—— 5 CLORIDRATO DE HIDRALAZINA—— 25MG .225.000,——— CMP _____ _____ _____
- INDICACAO: hipertensao arterial, insuficiencia
cardiaca congestiva cronica.
- FORMA FARMACEUTICA: comprimido revestido.
- APRESENTACAO: caixa com 20 comprimidos.
- N. R.M.S. / lote.
- Data de fabricacao / validade.
- REFERENCIA: Novartis (Apresolina) ou similar.

0005 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 : _____