Prefeitura Municipal de Sorocaba

DATA 19/06/2026 Modalidade E PREGAO ELETRONICO 00056 /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

CR	LOTE	ITEM	DESCRICAO OBJETO	QTDE. SOLICITADA	VL.UNITARIO	VL.TOTAL	MARCA / Fabricante
<N>	0	1	OMEPRAZOL 40MG 10ML OMEPRAZOL 40 MG - 10 ML- INDICACAO: tratamento de ulceras gastricas e duodenais, esofagite de refluxo, sindrome de Zollinger-Ellison, pacientes que apresentam risco de aspiracao de conteudo gastrico durante anestesia geral, erradicacao de H. pylori associado a ulcera peptica, dispepsia associada a acidez gastrica. Tratamento de manutencao para prevencao de recidiva em pacientes com ulcera duodenal, pacientes pouco responsivos com ulcera gastrica e tratamento de manutencao para pacientes com esofagite de refluxo cicatrizada. Tratamento e prevencao de erosoes ou ulceras gastricas e duodenais associadas a anti-inflamatorios nao-hormonais (AINH).- FORMA FARMACEUTICA: po liofilo injetavel- APRESENTACAO: 25 frascos-ampola de 10 ml.- No R.M.S. / lote.- Data de fabricacao / validade.- REFERENCIA: Eurofarma (Omeprazol), generico ou similar.	.22.000,00 AMP	_____	_____	_____
<N>	0	2	ONDANSETRONA 2MG/ML - INDICACAO: Controle das nauseas e dos vomitos induzidos por quimioterapia e radioterapia e prevencao das nuseas e vomitos do ps-operatrio. - FORMA FARMACEUTICA: Solucao injetavel. - APRESENTACAO: 50 ampolas de 4 ml. - N. R.M.S. / Lote - Data de Fabricacao / Validade. - REFERENCIA: Glaxosmithkline (Zofran), Generico ou Similar.	.27.000,00 AMP	_____	_____	_____
<N>	0	3	OXIDO DE ZINCO + VITAMINA A + VITAMINA D OXIDO DE ZINCO + VITAMINA A + VITAMINA D- INDICACAO: Prevencao de assaduras, dermatite de fraldas e	.63.000,00 BIS	_____	_____	_____

dermatite amoniacal.- COMPOSICAO: Cada grama da p
omada deve conter no minimo: Vitamina A (Palmitato
de Retinol): 5.000 UI, Vitamina D (Colecalciferol
): 900 UI e Oxido de Zinco: 150 mg.- FORMA FARMACE
UTICA: Pomada.- APRESENTACAO: Bisnaga 45 g.- No R.
M.S e Lote.- Data de Fabricacao / Validade.- REFER
ENCIA: Johnson Johnson (Hipoglos) ou similar.

<N>—— 0—— 4 PIRIMETAMINA 25 MG .10.000,——— COM _____ _____ _____

PIRIMETAMINA 25 MG
COMPRIMIDO.
- N. R.M.S. / LOTE.
- DATA DE FABRICACAO / VALIDADE.

<N>—— 0—— 5 PROGESTERONA NATURAL MICRONIZADA 200 MG 5.000,——— CAP _____ _____ _____

- INDICACAO: TRATAMENTO DE DISTURBIOS DA OVULACAO
RELACIONADOS A DEFICIENCIA DE PROGESTERONA, COMO
DOR E OUTRAS ALTERACOES DO CICLO MENSTRUAL, AMENOR
REIA SECUNDARIA (AUSENCIA DE MENSTRUACAO) E ALTERA
COES BENIGNAS DA MAMA; INSUFICIENCIA LUTEA (DIMINU
ICAO DE PROGESTERONA NA SEGUNDA FASE DO CICLO); ES
TADOS DE DEFICIENCIA DE PROGESTERONA, NA PRE-MENOP
AUSA E NA REPOSICAO HORMONAL DA MENOPAUSA COMO COM
PLEMENTO A TERAPIA COM ESTROGENIO.
- FORMA FARMACEUTICA: CAPSULA GELATINOSA MOLE.
- N. R.M.S/LOTE.
- DATA DE FABRICACAO/VALIDADE.
- REFERENCIA: BESINS HEALTHCARE (UTROGESTAN) OU SI
MILAR.

<N>—— 0—— 6 FOSFATO SODIO MONOBASICO 160 MG/ML + FOSFATO SODIC 1.300,——— FRC _____ _____ _____

FOSFATO DE SODIO MONOBASICO 160 MG/ML + FOSFATO DE
SODIO DIBASICO 60 MG/ML
- INDICACAO: ALIVIO DA PRISAO DE VENTRE E COMO LA
XATIVO PARA A OBSTIPACAO/CONSTIPACAO INTESTINAL E
INTESTINO PRESO.
- FORMA FARMACEUTICA: ENEMA.
- APRESENTACAO: FRASCO 130 ML/133 ML.
- N. R.M.S. / LOTE.
- DATA DE FABRICACAO/VALIDADE.
- REFERENCIA: PHOSFOENEMA (CRISTALIA) OU SIMILAR.

<N>—— 0—— 7 SULFATO DE TERBUTALINA 0,5 MG / ML 1.800,——— AMP _____ _____ _____

SULFATO DE TERBUTALINA 0,5 MG/ML- FORMA FARMACEUT
ICA: solucao injetavel. - APRESENTACAO: ampola com
1 ml.- No R.M.S. / lote.- Data de fabricacao / va
lidade.- REFERENCIA: Astra, Bricanyl ou similar.

<N>—— 0—— 8 TARTARATO DE METOPROLOL 1 MG/ML 2.000,——— AMP _____ _____ _____

-INDICACAO: DISTURBIOS DO RITMO CARDIACO, ESPECIA
LMENTE TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR; INFARTO DO M
IOCARDIO, CONFIRMADO OU SUSPEITA.

-FORMA FARMACEUTICA: SOLUCAO INJETAVEL - IV.
-APRESENTACAO: AMPOLA - 5 ML.
-REFERENCIA: ASTRAZENECA (SELOKEN) OU SIMILAR.
-N. R.M.S/LOTE.
-DATA DE FABRICACAO/VALIDADE.

<N>—— 0—— 9 TROPICAMIDA SOLUCAO OFTALMICA A 1% 40,——— FRC _____ _____ _____

TROPICAMIDA SOLUCAO OFTALMICA 1% - APRESENTACAO:
frasco com 5 ml.- No R.M.S. / lote. - Data de fabr
icacao / validade.- REFERENCIA: Alcon ou similar.

<N>—— 0—— 10 VALERATO DE ESTRADIOL 2 MG .15.000,——— DG _____ _____ _____

-INDICACAO: TERAPIA DE REPOSICAO HORMONAL (TRH) P
ARA O TRATAMENTO DOS SINTOMAS DA MENOPAUSA EM MUL
HERES COM UTERO INTACTO OU HISTERECTOMIZADAS.
-FORMA FARMACEUTICA: DRAGEA.
-N. R.M.S/LOTE.
-DATA DE FABRICACAO/VALIDADE.
-REFERENCIA: BAYER (PRIMOGYNA) OU SIMILAR.

<N>—— 0—— 11 GLUCONATO DE CALCIO 10% 1.000,——— AMP _____ _____ _____

GLUCONATO DE CALCIO 10% - FORMA FARMACEUTICA: So
lucao injetavel a 10%.- 0,45 MEG de CA++/ml. - APR
ESENTACAO: Ampolas com 10 ml.- No R.M.S. / Lote.-
Data de Fabricacao / Validade.- REFERENCIA: Aristo
n B. Braw ou similar.

0011 Cotacoes mostradas VALOR TOTAL _____

CONDICOES DE FORNECIMENTO

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

Carimbo da firma e Assinatura : _____