Prefeitura Municipal de Sorocaba

DATA 20/10/2026 Modalidade E PREGAO ELETRONICO 00112 /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 (nome comercial) / Fabricante
<N>	0	1	SOMATROPINA 36UI (12MG) - INDICACAO: TRATAMENTO DE DISTURBIOS DE CRESCIME NTO DEVIDO A SECRECAO INSUFICIENTE DO HORMONIO DO CRESCIMENTO. - FORMA FARMACEUTICA: SOLUCAO INJETAVEL. - APRESENTACAO: CANETA 1ML. - N. R.M.S. / LOTE. - DATA DE FABRICACAO / VALIDADE. - REFERENCIA: PFIZER (GENOTROPIN) OU SIMILAR.	90,---	UN	_____	_____	_____
<N>	0	2	MACROGOL 3350 - INDICACAO: INDICADO PARA CONSTIPACAO OCASIONAL. - FORMA FARMACEUTICA: PO PARA SOLUCAO ORAL. - APRESENTACAO: ENVELOPE COM 8,75G. - N. R.M.S. / LOTE. - DATA DE FABRICACAO / VALIDADE. - REFERENCIA: MYRALIS (PEG-LAX) OU SIMILAR.	1.080,---	ENV	_____	_____	_____
<N>	0	3	MELATONINA GTS - INDICACAO: AUXILIAR NA REGULACAO DO SONO. - FORMA FARMACEUTICA: SOLUCAO ORAL GOTAS. - APRESENTACAO: FRASCO COM 30ML. - N. R.M.S. / LOTE. - DATA DE FABRICACAO / VALIDADE. - REFERENCIA: MANTECORP (MELATONUM MAX) OU SIMILA R.	18,---	FRC	_____	_____	_____
<N>	0	4	EZETIMIBA 10 MG + SINVASTATINA 20 MG EZETIMIBA 10 MG + SINVASTATINA 20 MG- INDICACAO: tratamento de hipercolesterolemia primaria, terapi a adjuvante a dieta para reducao de colesterol.- F ORMA FARMACEUTICA: comprimido. - APRESENTACAO: com primidos / blister. - No R.M.S. / lote.- Data de f abricacao / validade.- REFERENCIA: Schering Plough	2.160,---	CMP	_____	_____	_____

(Zetsim) ou similar.

<N>—— 0—— 5 FENOFIBRATO 250 MG 540,——— CAP _____ _____ _____

-INDICACAO: HIPERCOLESTEROLEMIA E/OU HIPERTRIGLICE
RIDEMIA - E UM MEDICAMENTO QUE REDUZ OS NIVEIS DE
COLESTEROL E DE TRIGLICERIDES DO SANGUE.
-FORMA FARMACEUTICA: CAPSULA.
-N. R.M.S. / LOTE.
-DATA FABRICACAO / VALIDADE.
-REFERENCIA: FARMASA (LIPANON) OU SIMILAR.

<N>—— 0—— 6 IRBESARTANA 150 MG 540,——— CMP _____ _____ _____

IRBESARTANA 150 MG- INDICACAO: tratamento da hipe
rtensao e doenca renal em pacientes com hipertensa
o e diabetes tipo 2. - FORMA FARMACEUTICA: comprim
ido revestido.- APRESENTACAO: caixa com 30 comprim
idos.- No R.M.S. / lote.- Data de fabricacao / val
idade.- REFERENCIA: Aprovel (Sanofi), Lestric (Ram
baxi) ou similar.

<N>—— 0—— 7 IVABRADINA 7,5 MG 3.240,——— CMP _____ _____ _____

IVABRADINA 7,5 MG- INDICACAO: Tratamento sintomat
ico da angina pectoris cronica estavel e da insufi
ciencia cardiaca cronica.- FORMA FARMACEUTICA: Com
primido revestido.- APRESENTACAO: Caixa com 28 ou
56 comprimidos. - No R.M.S. / Lote.- Data de Fabri
cacao / Validade.- REFERENCIA: Procorolan (Servier
) ou similar.

0007 Cotacoes mostradas VALOR TOTAL _____

CONDICOES DE FORNECIMENTO

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

Carimbo da firma e Assinatura : _____