Prefeitura Municipal de Sorocaba

DATA 01/06/2026 Modalidade E PREGAO ELETRONICO 00050 /2026 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 FABRICANTE
<N>	0	1	CLORPROMAZINA, CLORIDRATOTO 40 MG / ML CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 40 MG/ML- INDICACAO: tratamento de quadros psiquiatricos agudos ou entao no controle de psicoses de longa evolucao; indicado em manifestacao de ansiedade e agitacao, solucos incoerciveis, nauseas (enjoo) e vomitos e neurotoxicoses (aceleracao da respiracao e convulsao com os olhos dilatados).- FORMA FARMACEUTICA: solucao oral.- Cada ml contem 44,5 mg de cloridrato de clorpromazina, equivalente a 40 mg de clorpromazina base.- APRESENTACAO: frasco com 20 ml.- No R.M.S. / Lote.- Data de Fabricacao / Validade.- REFERENCIA : Amplictil (Sanofi Medley) ou similar.	500,--- FRC	_____	_____	_____
<N>	0	2	CLORIDRATO DE LIDOCAINA 2%--- 5 ML--- SEM VASOCONSTR CLORIDRATO DE LIDOCAINA 2% - 5 ML - SEM VASOCONSTRITOR. - INDICACAO: PRODUCAO DE ANESTESIA LOCAL OU REGIONAL. - FORMA FARMACEUTICA: SOLUCAO INJETAVEL. - APRESENTACAO: AMPOLA 5 ML. - N. R.M.S/LOTE - DATA DE FABRICACAO/VALIDADE. - REFERENCIA: HYPOFARMA (HYPOCAINA) OU SIMILAR.	.20.000,--- AMP	_____	_____	_____
<N>	0	3	DEXAMETASONA 0,1 MG/ML--- ELIXIR DEXAMETASONA 0,1 MG/ML (ELIXIR)- INDICACAO: Tratamento de diversas afeccoes alergicas e inflamatorias que respondem aos glicocorticoides.- FORMA FARMACEUTICA: Elixir.- APRESENTACAO: Frasco com 120 ml.- No R.M.S. / Lote. - Data Fabricacao / Validade. - REFERENCIA: Ache (Decadron), generico ou Similar	.40.000,--- FRC	_____	_____	_____

Prefeitura Municipal de Sorocaba

Local de Entrega CONFORME EDITAL

<N>	0	4	DEXAMETASONA 4 MG -INDICACAO: TRATAMENTO DE CONDICOES NAS QUAIS OS E FEITOS ANTIINFLAMATORIOS E IMUNOSSUPRESSORES DOS CORTICOS TEROIDES SAO DESEJADOS, INCLUINDO DISTURBIOS REUMATICOS/ARTRIT ICOS, CUTANEOS, OCULARES, GLANDULARES, PULMONARES, SAGUINEOS E GAS TRINTESTINAIS. -FORMA FARMACEUTICA: COMPRIMIDO. -N. R.M.S. / LOTE. -DATA DE FABRICACAO / VALIDADE. -REFERENCIA: ACHE (DECADRON) OU SIMILAR.	.65.000,——	COM	_____	_____	_____
<N>	0	5	DEXCLORFENIRAMINA 2 MG DEXCLORFENIRAMINA 2 MG- INDICACAO: antialergico.- FORMA FARMACEUTICA: comprimido revestidos.- APRES ENTACAO: blister com 10 a 20 comprimidos revestido s.- No R.M.S. / lote.- Data de fabricacao / valida de.- REFERENCIA: Mantecorp (Polaramine) ou similar	.190.000,——	CMP	_____	_____	_____
<N>	0	6	DIAZEPAN 10MG/2ML DIAZEPAM 10 MG/2 ML- FORMA FARAMACEUTICA: injetav el.- APRESENTACAO: caixa com 50 ampolas de 2 ml ca da. - No R.M.S. / lote.- Data de fabricacao / vali dade.	2.500,——	AMP	_____	_____	_____

0006 Cotacoes mostradas VALOR TOTAL _____

CONDICOES DE FORNECIMENTO

Validade Proposta : 60 DIAS
Condicao Pagto. : 30 DIAS
Garantia/Prazo Entrega : CONFORME TERMO DE REFERENCIA
Data : _____

Carimbo da firma e Assinatura : _____