



Jacareí, 29 de julho de 2025

Sr. Fornecedor favor cotar os itens abaixo o mais breve possível. Favor ainda preencher todos os campos abaixo mencionados. Caso haja dificuldade em orçar os itens solicitados, favor entrar em contato.

ITEM	QTDE	UND	DESCRIÇÃO	MARCA	PREÇO UNITÁRIO	PREÇO TOTAL
1	20	FR	MOMETASONA, FUROATO 50MCG - SPRAY NASAL - FRASCO 120 DOSES	GLENMARK	R\$ 33,03	R\$ 660,60
2	1.890	CP	OXIBUTININA, CLORIDRATO 5MG - COMPRIMIDO	-	R\$ -	R\$ -
3	480	CP	MIRTAZAPINA 30MG - COMPRIMIDO	PHARLAB	R\$ 1,66	R\$ 796,80
4	300	CP	MIRTAZAPINA 15MG - COMPRIMIDO	-	R\$ -	R\$ -
5	480	CP	ENALAPRIL, MALEATO 5MG COMP.	EMS	R\$ 0,18	R\$ 86,40
6	810	CP	EZETIMIBA 10MG - COMPRIMIDO	BIOLAB	R\$ 0,80	R\$ 648,00
VALOR TOTAL						R\$ 2.191,80

PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO:	25 DFS (Dias Fora a Semana após entrega da Nota Fiscal)
PRAZO DE ENTREGA/EXECUÇÃO:	ATE 5 DIAS UTEIS
VALIDADE DA PROPOSTA:	30 dias
PRAZO DE GARANTIA PRODUTO/SERVIÇO:	
RESPONSÁVEL PELA PROPOSTA:	WALMIR JOSE SANTOS

DADOS DO FORNECEDOR

RAZÃO SOCIAL:	DROGARIA DO WAL LTDA ME
CNPJ:	45.028.728/0001-60
ENDEREÇO:	RODOVIA OSWALDO CRUZ, 757
CIDADE:	TAUBATE
ESTADO:	SP
CEP:	12090-700
TELEFONE:	12 992156053
E-MAIL:	drogariadowal@gmail.com
IE:	688.638.172.115
NOME COMPLETO DO SÓCIO PROPRIETÁRIO:	walmir jose santos
CPF:	081.181.388-60

DADOS BANCÁRIOS PESSOA JURÍDICA
(que ser em nome da empresa)

NOME DO BANCO:	sicred
NÚMERO DO BANCO:	
AGÊNCIA:	710
NÚMERO DA AGÊNCIA:	
CONTA CORRENTE NÚMERO/DV:	32704-8

OBS.: A Prefeitura de Jacareí não paga por frete nem por visita técnica.

Assinatura

45.028.728/0001-60
DROGARIA DO WAL LTDA
Rodovia Oswaldo Cruz, 757
Registro - CEP: 12090700
TAUBATÉ-SP



Aglon Comércio e Representações Ltda.

Av. Visconde de Nova Granada, N° 1.105

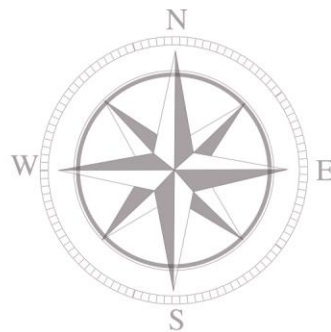
Cep 13617-400 - Leme/SP

CNPJ: 65.817.900/0001-71

Fone: 19- 3573-7300

Email: aglon@aglon.com.br

Site: www.aglon.com.br



LEME/SP, 30 DE JULHO DE 2025.

AO
ESTADO DE SÃO PAULO
MUNICÍPIO DE JACAREI
DISPENSA DE LICITAÇÃO

OBJETO DA LICITAÇÃO: AQUISIÇÃO DE MATERIAL PARA A SECRETARIA DE SAÚDE, CONFORME CONDIÇÕES, QUANTIDADES E EXIGÊNCIAS ESTABELECIDAS NESTE INSTRUMENTO

Prezados Senhores;

A Empresa AGLON COMERCIO E REPRESENTACOES LTDA, CNPJ nº 65.817.900/0001-71, Inscrição Estadual nº 415.030.758.115, Endereço: AV. VISCONDE DE NOVA GRANADA, nº 1105 - VILA GROSSKLAUSS - CEP: 13617-400 - LEME/SP, Telefone: (19)3573-7300, e-mail: aglon@aglon.com.br, apresenta proposta de preços conforme solicitação de V.v.S.s.

Item	Quantidade	Un.	Descrição do Produto	Fabricante codigo	Nº Reg. Min. Saúde	Preço Unit. R\$	Preço Total R\$
2	1890	CP	RETEMIC 5 MG CX 60 CPR 4BLX15CP OXIBUTININA 5MG - 60 CPR PROCEDENCIA NACIONAL	APSEN 5064	1011801080021	0,730	1.379,70
Preço Unit.: (Setecentos e Trinta Milésimos de Real)				Preço Total: (Um Mil, Trezentos e Setenta e Nove Reais e Setecentos Milionésimos de Centavos)			
Total Geral dos	1		Itens desta Proposta	1.379,70 (Um Mil, Trezentos e Setenta e Nove Reais e Setenta Centavos)			



Aglon Comércio e Representações Ltda.

Av. Visconde de Nova Granada, N° 1.105

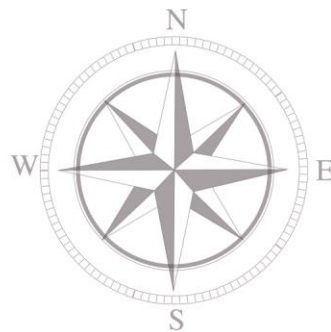
Cep 13617-400 - Leme/SP

CNPJ: 65.817.900/0001-71

Fone: 19- 3573-7300

Email: aglon@aglon.com.br

Site: www.aglon.com.br



CONDIÇÕES COMERCIAIS REFERENTES A DISPENSA DE LICITAÇÃO

VALIDADE DA PROPOSTA: 60 (SESENTA) DIAS

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 25 (VINTE E CINCO) DFS (DIAS FORA A SEMANA)

PRAZO DE ENTREGA: 10 (DEZ) DIAS

VALIDADE DOS MEDICAMENTOS: 12 (DOZE) MESES

NOS PREÇOS OFERTADOS ESTÃO INCLUSOS TODOS OS IMPOSTOS, TAXAS, SEGUROS E FRETES.

CONCORDAMOS EM CARÁTER IRREVOGÁVEL E IRRETRATÁVEL COM TODOS OS TERMOS DO EDITAL E SEUS ANEXOS DE ACORDO COM O PARÁGRAFO 3º DO ARTIGO 75 DA LEI 14.133/21 (NOVA LEI DE LICITAÇÕES) E COM TODAS AS LEGISLAÇÕES PERTINENTES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, GARANTINDO A ENTREGA DOS PRODUTOS OFERTADOS NOS PRAZOS E QUANTIDADES ESTABELECIDOS.

TODOS OS PRODUTOS COTADOS ESTÃO ELENCADOS NO D.E.F (DICIONÁRIO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS) 2016.

TODOS OS PRODUTOS ESTÃO EM CONFORMIDADE COM AS DETERMINAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ASSIM COMO DA LEI 6.360/75.

VENDA PROIBIDA PELO COMÉRCIO: SIM (X) NÃO ()

ATENÇÃO: EM CASO DE ADJUDICAÇÃO PARA OS PRODUTOS COTADOS, VERIFICAR CORRETAMENTE AS APRESENTAÇÕES, POIS ENTREGAREMOS O COTADO EM NOSSA PROPOSTA.

INSC. EMPRESA CRF S.P.: 617966-7 - INSC. MUNICIPAL EMPRESA N° 7646

FARMACEUTICA RESPONSÁVEL: CAMILA ANACLETO PEDRO BOM INSC. CRF/SP N° 53.150

Ordem Bancário:

PIX: 65.817.900/0001-71 / 19996170278 / financeiro@aglon.com.br

BANCO DO BRASIL, n° 001 Agência n° 3149-6, Conta Corrente n° 103785-4

BANCO BTG PACTUAL, Agência n° 050, Conta Corrente n° 110927-9.

BANCO ITAÚ n° 341, Agência n° 0241, Conta Corrente n° 98812-0.

DADOS PARA CONTATO E ENVIO DE EMPENHOS: ELAINE, e-mail: pedidos@aglon.com.br, TELEFONE: (19) 3573-7300

DADOS DO RESPONSÁVEL PELA ASSINATURA DO CONTRATO: EROS CARRARO, BRASILEIRO, CASADO, NASC.05/06/1977, SÓCIO-PROPRIETÁRIO, RG N° 22.370.122-1 SSP/SP, CPF N° 253.912.708-80, ENDEREÇO: AVENIDA VISCONDE DE NOVA GRANADA, N° 1105-VILA GROSSKLAUSS-CEP: 13617-400 - LEME/SP, E-MAIL: aglon@aglon.com.br.

LEME/SP, 30 DE JULHO DE 2025.

ATENCIOSAMENTE
AGLON COMERCIO E REPRESENTACOES LTDA
EROS CARRARO RG 22370122-1 CPF 253.912.708-80
SÓCIO-PROPRIETÁRIO

EROS
CARRA
RO:2539
1270880

Assinado digitalmente por EROS
CARRARO:25391270880
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=
Certificado Digital PF A1, OU=
Videoconferencia, OU=
32071174000131, OU=AC
SingularID Multipla, CN=EROS
CARRARO:25391270880
Razão: Eu sou o autor deste
documento
Localização:
Data: 2025.07.30 15:55:09-03'00'
Foxit PDF Reader Versão:
2025.1.0

APOIO IDEAL MEDICAMENTOS
AVENIDA FRANCISCO PINHEIRO, 2.019 - CENTRO
UBARANA SP
Telefone: 17997793779
e-mail: gabrielgalachemedicamentos@gmail.com
CNPJ: 33.318.076/0001-19 IE: 765013488114



Vendedor: ANIELLE ZANUSSO

ORCAMENTO Nº: 9.750 EMISSÃO: 31/07/2025 TOTAL: 4.839,90

Cliente: 601 MUNICIPIO DE JACAREI
Endereço: PC DOS TRES PODERES
Bairro: CENTRO
CNPJ/CPF: 46.694.139/0001-83

Cidade: JACAREI
Inscrição/RG:

Nº:73

Complemento:
UF: SP **CEP:** 12327170
Telefone: 12 3955-9029

Código	Produto	Lote	Fabricação	Validade	Marca	Un	Quant.	R\$ Unit	R\$ Total
8.730	MOMETASONA, FUROATO 50 MCG - SPRAY NASAL - FRASCO 120 DOSES				GLEN MARK	FR	20	36,000	720,0000
1.067	RETEMIC 5MG C/60 COMPRIMIDOS				APSEN	CPR	1.890	1,300	2.457,0000
4.819	MIRTAZAPINA 30MG C/30 COMP P344/98 C1				AUROBINDO	CPR	480	1,280	614,4000
9.506	MIRTAZAPINA 15 MG COMPRESSIDO C/30 COMP				SANDOZ	CPR	300	1,300	390,0000
3.284	ENALAPRIL 5MG				BELFAR	CPR	480	0,140	67,2000
213	EZETIMIBA 10MG C/30				ALTHAIA	CPR	810	0,730	591,3000

Substituição Tributária: 0,00
Frete:
Dados Bancários: Banco do Brasil AG: 0937-7 - C/C: 41.165-5
Condição de Pagamento: 30
V-1:30/08/2025 R\$: 4.839,90

Subtotal:
Desconto:
Total Pedido: 4.839,900

Obs:VALIDADE DA PROPOSTA 5 DIAS// PRAZO DE ENTREGA 5 DIAS UTEIS// FATURAMENTO MINIMO R\$1.000,00

DATA: ____ / ____ / ____ ASSINATURA: _____