



PREFEITURA MUNICIPAL DA BARRA DO QUARAÍ
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
SETOR DE COMPRAS E LICITAÇÕES

MODELO DE PROPOSTA

Proposta para fins de AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS. Favor encaminhar a proposta até o dia **11/11/2024**, para o e-mail licitacao@barradoquarai.rs.gov.br, ou entregar no Setor de Compras e Licitações, situadas na sede da Prefeitura de Barra do Quaraí. Se entregue após essa data a proposta será desconsiderada.

DADOS DO FORNECEDOR

Nome Empresarial: _____

CNPJ N°: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

E-mail: _____

DETALHAMENTO DO OBJETO

Aquisição referente ao Processo Administrativo nº 1908/2024.

Item	Quant.	Unid.	Discriminação	Preço Unit.	Preço Total
1.	50	Bisnaga	Aciclovir 50 mg/g creme 10G		
2.	500	Cp.	Aciclovir 200mg		
3.	50	Ampola	Adrenalina 1mg/ml		
4.	400	Cp.	Alopurinol 300mg		
5.	1000	Cápsula	Azitromicina 500mg		
6.	80	Unid	Bicabornato de sódio 100 mg (pó).		
7.	1.500	Cp.	Biperideno 2mg		
8.	200	Frasco.	Bromexina 8mg/5mL solução oral 120ml		
9.	300	Frasco	Budesonida 50mcg suspensão nasal		
10.	2.500	Cp.	Carbonato de Lítio 3000mg		
11.	150	Cp.	Cetoconazol 200mg		
12.	500	Cp.	Cinarizina 25mg		
13.	1.000	Cp.	Clorpromazina 25mg		
14.	2.000	Cp.	Clorpromazina 100mg		
15.	50	Bisnaga	Dexametasona 0,1% creme 10g		
16.	30	Frasco	Dexametasona 1mg/mL + neomicina 3,5mg/mL + Polimixina B 6000UI/mL solução oftálmica 5ml		
17.	3.000	Cp.	Diazepan 5mg		
18.	500	Ampola	Diclofenaco Sódico 75mg/3mL injetável		
19.	10.000	Cp.	Diosmina + hesperidina 450mg + 50mg		
20.	100	Ampola	Dipirona 500mg/2mL		
21.	1000	Comprimido	Fenitoína 100mg		
22.	1000	Comprimido	Fenobarbital 100mg		
23.	3000	Comprimido	Haloperidol 5mg		
24.	100	Ampola	Haloperidol 70,52mg/mL injetável (Haldoldecanoato)		
25.	5000	Comprimido	Hidroclortiazida 50 mg		
26.	6000	Cp.	Ibuprofeno 600mg		
27.	10000	Cp.	Isossorbida 20mg		
28.	20.000	Cp.	Levomepromazina 100mg		
29.	4000	Cp.	Levomepromazina 25mg		
30.	6000	Cp.	Levotiroxina 50mcg		



PREFEITURA MUNICIPAL DA BARRA DO QUARAÍ
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
SETOR DE COMPRAS E LICITAÇÕES

31.	20000	Cp.	Metformina 500mg		
32.	3000	Cp.	Metoclopramida 10mg		
33.	100	Frasco	Metoclopramida injetável 5mg/2ml		
34.	2500	Cp.	Metoprolol 25mg		
35.	2500	Cp.	Metoprolol 50mg		
36.	600	Cp.	Metronidazol 250mg		
37.	50	Frasco	Nistatina 100.000 UI suspensão oral 50ml		
38.	50	Ampola	Ondansetrona 4mg/ 2mL		
39.	5000	Cp.	Paracetamol 500mg + Codeína 30mg		
40.	1000	Cp.	Permanganato de potássio 100mg		
41.	50	Ampola	Prometazina 25mg/mL injetável		
42.	250	Frasco	Risperidona 1mg/ml suspensão 30ml		
43.	2.000	Cp.	Risperidona 2mg		
44.	500	Sachê	Sais para reidratação pó (Cloreto de Sódio 3,5g + Cloreto de Potássio 1,5g + Citrato de Sódio 2,9g + Glicose 20g)		
45.	5000	Cp.	Sertralina 50mg		
46.	50	Bisnaga	Sulfato de gentamicina 5mg/ml 30g		
47.	100	Frasco	Tartarato de brimonidina 20 mg/ml colírio 5ml		
48.	50	Ampola	Tenoxicam 20mg/2mL injetável		
49.	150	Ampola	Tramadol 100mg/2mL injetável		
50.	50	Ampola	Vitamina K 10mg/mL injetável		
TOTAL R\$					

– **DO PRAZO DE ENTREGA:** O prazo para entrega dos itens será de até 5 (cinco) dias, após o recebimento do empenho e correrão por conta da contratada todas as despesas com embalagens, seguros, transportes, fretes, tributos, encargos trabalhistas e previdenciários, decorrentes da entrega dos itens.

– **DO LOCAL DE ENTREGA:** A entrega dos itens será total, e deverão ser entregues na Farmácia da Secretaria Municipal de Saúde sito a Rua Saldanha Marinho n° 19.

– **DAS FORMAS DE PAGAMENTO:** Após o recebimento da nota a Prefeitura tem o prazo de 10 (dez) dias para efetuar o pagamento; após a entrega da Nota Fiscal e contra nota de empenho na Tesouraria.

– **DA VALIDADE DA PROPOSTA:** A presente proposta tem validade de, no mínimo, 60 dias.

_____, ____ de _____ de 2024.

Assinatura do representante legal
RG