

(papel timbrado da empresa)

**ANEXO II**

**PROPOSTA COMERCIAL (MODELO)**

**PREGÃO PRESENCIAL Nº 035/2020**

Razão Social da Proponente: \_\_\_\_\_

Endereço Completo: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Inscr. Estadual: \_\_\_\_\_ Inscr. Municipal: \_\_\_\_\_

**1 – OBJETO**

**1.1 –** Registro de preços para aquisição de medicamentos por determinação judicial para a Secretaria Municipal de Saúde, pelo período de 12 (doze) meses.

**2 – PREÇO OFERTADO**

ITEM	QUANT.	UND.	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	PRODUTO	APRESENTAÇÃO DA EMBALAGEM	Nº DO REGISTRO	PREÇO UNITÁRIO	SUBTOTAL
01	360	CAP.	ARTROLIVE 500MG + 400MG (SULFATO DE GLICOSAMINA + SULFATO DE CONDROITINA)						
02	12	FRS.	ARTELAC REBALANCE 10ML						

03	12	CAP.	ALENIA 12MCG + 400MCG REFIL (FUMARATO DE FORMOTEROL + BUDESONIDA)						
04	720	CMP.	AMARYL 4MG (GLIMEPIRIDA)						
05	720	CMP.	ANSITEC 10MG (BUSPIRONA)						
06	24	CANETA	INSULINA GLULISINA APIDRA SOLOSTAR 100UI/ML 3ML + 01 SISTEMA APLICADOR						
07	720	CMP.	ATORVASTATINA 20MG						
08	900	CMP.	ATORVASTATINA 40MG						
09	60	FRS.	BIMATOPROSTA 0,3MG/ML 3ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA						
10	12	FRS.	BRITENS 2MG/ML + 5MG/ML 5ML (TARTARATO DE BRIMONIDINA + MALEATO DE TIMOLOL)						
11	1.440	CMP.	BISSULFATO DE CLOPIDOGREL 75MG						
12	360	CMP.	CILOSTAZOL 100MG						

13	180	CMP.	CILOSTAZOL 50MG						
14	360	CMP.	CINACALCETE 30MG						
15	720	CMP.	CIPROFIBRATO 100MG						
16	12	FRS.	COMBIGAN 0,2% + 0,5% 5ML (DEXTROTARTARATO DE BRIMONIDINA + MALEATO DE TIMOLOL)						
17	360	CMP.	COLCHICINA 0,5MG						
18	12	FRS.	COSOPT 2,0% + 0,5% 5ML (CLORIDRATO DE DORZOLAMIDA + MALEATO DE TIMOLOL)						
19	180	CMP.	CITONEURIN 5000MCG (VITAMINAS DO COMPLEXO B: B1, B6, B12)						
20	12	FRS.	CLORIDRATO DE DORZOLAMIDA 2% 5ML						
21	720	CMP.	CLORIDRATO DE SERTRALINA 100MG						
22	360	CMP.	DEPAKOTE 250MG						

23	168	CMP.	DIAMICRON MR 30MG (GLICLAZIDA)						
24	180	CMP.	DIAMICRON MR 60MG (GLICLAZIDA)						
25	180	CMP.	DIOSMIN 450MG + 50MG (DIOSMINA + HESPERIDINA)						
26	360	CMP.	DONAREN 50MG						
27	360	CAP.	DUOMO HP 2MG + 5MG (MESILATO DE DOXASOZINA + FINASTERIDA)						
28	180	CMP.	ESOMEPRAZOL 40MG						
29	20	TB.	ESTRELL GEL 80G (ESTRADIOL)						
30	360	CMP.	EUPROSTATIN 2MG (MESILATO DE DOXASOZINA)						
31	360	CMP.	FUNTYL 250MG (CLORIDRATO DE TERBINAFINA)						
32	12	FRS.	FUNGIROX SOLUÇÃO 15ML (CICLOPIROX OLAMINA)						
33	12	FRS.	FUNGIROX ESMALTE 6G (CICLOPIROX)						

34	1.000	CMP.	FUMARATO DE QUEATIPINA 200MG						
35	360	CMP.	FORXIGA 10MG (DAPAGLIFLOZINA)						
36	180	CMP.	GALVUS MET 50MG + 500MG						
37	180	CMP.	GALVUS MET 50MG + 850MG						
38	360	CMP.	JANUVIA 100MG (SITAGLIPTINA)						
39	360	CMP.	JARDIANCE 25MG (EMPAGLIFLOZINA)						
40	720	CMP.	LAMOTRIGINA 25MG						
41	720	CMP.	LAMITOR 50MG						
42	720	CMP.	LAMITOR 100MG						
43	360	CMP.	LABIRIN 24MG (DICLORIDRATO DE BETAISTINA)						
44	80	FRS.	LATANOPROSTA 50MCG/ML 2,5ML						

45	24	CANETA	INSULINA GLARGINA LANTUS SOLOSTAR 100UI/ML 3ML + 01 SISTEMA APLICADOR						
46	360	CMP.	LORAZEPAM 1MG						
47	360	CMP.	LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG						
48	24	FRS.	LUMIGAN RC 0,1MG/ML 3ML (BIMATOPROSTA)						
49	720	CAP.	HYDREA 500MG						
50	12	FRS.	MAXIDEX 0,001G + 0,005G 5ML (DEXAMETASONA + HIPROMELOSE)						
51	360	SUPPOSITÓRIO	MESALAZINA 500MG						
52	720	CMP.	NITRAZEPAM 5MG						
53	24	F.A.	INSULINA ASPARTE NOVORAPID 100UI/ML 10ML						
54	24	FRS.	SERETIDE DISKUS 50MCG + 250MCG 60 DOSES						

55	24	FRS.	SPIRIVA RESPMAT 2,5MCG 4ML 60 DOSES						
56	384	CMP.	SOMALGIN CARDIO 100MG						
57	360	CMP.	PANTOPRAZOL 40MG						
58	360	CMP.	PIOGLITAZONA 30MG						
59	360	CMP.	PONDERA 30MG (PAROXETINA)						
60	12	FRS.	THERAPSOR CAPILAR 25ML (PROPIONATO DE CLOBETASOL)						
61	12	TB.	THERAPSOR CREME 25G (PROPIONATO DE CLOBETASOL)						
62	720	CMP.	TEGRETOL CR 400MG						
63	360	CAP.	TEMODAL 20MG (TEMOZOLOMIDA)						
64	330	CAP.	TEMODAL 250MG (TEMOZOLOMIDA)						
65	720	CMP.	TOFRANIL 25MG						

66	720	CMP.	TOPIRAMATO 50MG						
67	720	CMP.	TIBOLONA 2,5MG						
68	12	FRS.	TARTARATO DE BRIMONIDINA 0,2% 5ML						
69	30	FRS.	TRAVOPROSTA 0,04MG/ML 2,5ML						
70	720	CMP.	TRAYENTA 5MG (LINAGLIPTINA)						
71	360	CMP.	VENALOT 15MG + 90MG (CUMARINA + Troxerrutina)						
72	12	TB.	VENALOT H CREME 240ML						
73	540	CAP.	VENLAXIN 37,5MG						
74	672	CMP.	XARELTO 15MG (Rivaroxabana)						
75	672	CMP.	XARELTO 20MG (Rivaroxabana)						
PREÇO TOTAL: R\$									

**2.1 – O preço total ofertado é R\$ \_\_\_\_\_ (por extenso).**



**2.2** – O preço ofertado inclui todos os custos de mão de obra, taxas, impostos, seguros, encargos sociais, administração, trabalhistas, previdenciários, contribuições parafiscais e outros que venham a incidir sobre o objeto da licitação.

### **3 – FORNECIMENTO**

**3.1** – O fornecimento será realizado nas condições estabelecidas na presente proposta, no edital e seus anexos e na ata de registro de preços, seguindo os parâmetros de qualidade, e dispondo de infraestrutura e de equipe qualificada suficientes a perfeita execução do objeto contratado.

**3.2** – O objeto será fornecido mediante solicitação da **Secretaria Municipal de Saúde**, conforme a necessidade, através de "**Nota de Empenho**".

**3.3** – O prazo de fornecimento será de **05 (cinco) dias úteis**, contados do recebimento, pela empresa vencedora, da Nota de Empenho.

**3.3.1** – O prazo da entrega deverá ser cumprido rigorosamente pela empresa vencedora.

**3.4** – O prazo de validade dos medicamentos deverá ser de **12 (doze) meses, no mínimo**, na data da entrega.

**3.5** – Os medicamentos deverão estar acondicionados em suas embalagens originais, em perfeito estado, sem sinais de violação, sem aderência ao produto, sem umidade, contendo o número do lote, data de fabricação e validade, nome do responsável técnico e número do registro na Anvisa/MS.

**3.6** – A empresa vencedora deverá arcar com os custos da análise em laboratório da REBLAS (Rede Brasileira de Laboratórios Analíticos), caso o medicamento ofertado apresente suspeita de irregularidade. Os laudos emitidos serão considerados suficientes para exigir a substituição do medicamento quando o resultado da análise for desfavorável, ou seja, diferente das especificações prometidas pelo fabricante. Todo medicamento considerado impróprio ao uso será encaminhando à Vigilância Sanitária para inutilização nos termos legais.

**3.7** – O objeto deverá ser entregue na Farmácia da Policlínica Dr. Altino Alves Moreira, situada na Estrada União Indústria, Km 132, s/nº, Centro, Comendador Levy Gasparian/RJ, **das 08:00 às 14:00**, diariamente, exceto aos sábados, domingos e feriados.

### **4 – PRAZO DE VALIDADE DA PROPOSTA**

**4.1** – O prazo de validade desta proposta comercial é de 60 (sessenta) dias, contados da data de sua entrega a Pregoeira, observado o disposto no caput e § único, do art. 110, da Lei Federal nº 8.666/93.

## **5 – DADOS BANCÁRIOS**

BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA CORRENTE:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.  
*(Local e Data)*

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do Representante Legal*  
*Nome:*  
*RG Nº e Órgão Emissor.*