Guaíra/SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023.

**OBJETO**: Orçamento de medicamentos para decisão judicial (Prefeitura de Guaíra-SP)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Itens** | **Descrição do produto** | **Unidade** | **Quantidade** | **Valor Unitário** | **Valor total** |
| 01 | ADDERA D3 5000UI \* | comprimido | 180 |  |  |
| 02 | ASPIRINA PREVENT 100 MG | comprimido | 360 |  |  |
| 03 | BAMIFIX 600 MG \* | comprimido | 150 |  |  |
| 04 | CALCORT 30 MG \* | comprimido | 180 |  |  |
| 05 | CENTRUM MULHER \* | comprimido | 360 |  |  |
| 06 | CLORTALIDONA 25MG | comprimido | 180 |  |  |
| 07 | DIAMICRON MR 30 MG \* | comprimido | 120 |  |  |
| 08 | DIAMICRON MR 60 MG \* | comprimido | 900 |  |  |
| 09 | DIOVAN AMLO FIX 320/10 MG \* | comprimido | 168 |  |  |
| 10 | DIVALPROATO DE SODIO 250 MG | comprimido | 180 |  |  |
| 11 | DONAREN RETAR 150 MG \* | comprimido | 540 |  |  |
| 12 | DONAREN 100 MG \* | comprimido | 180 |  |  |
| 13 | DONAREN 50 MG \* | comprimido | 180 |  |  |
| 14 | DONILA 10 MG | comprimido | 240 |  |  |
| 15 | ELIQUIS 5 MG \* | comprimido | 300 |  |  |
| 16 | FEXOFENADINA 180 MG | comprimido | 270 |  |  |
| 17 | FLUOXETINA 10 MG | comprimido | 180 |  |  |
| 18 | GLIFAGE XR 500 MG | comprimido | 560 |  |  |
| 19 | GLYXAMBI 25/5 MG \* | comprimido | 166 |  |  |
| 20 | HIDANTAL 100 MG \* | comprimido | 540 |  |  |
| 21 | LONIUM 40 MG | comprimido | 180 |  |  |
| 22 | MONURIL - ENVELOPE 8 GRS\* | envelope | 18 |  |  |
| 23 | MOTILIUM 10 MG | comprimido | 360 |  |  |
| 24 | NEOVITE MAX \* | comprimido | 180 |  |  |
| 25 | NEUPRO 6 MG/24 HS ADESIVO | unidade | 336 |  |  |
| 26 | OLEO DE LINHAÇA 1000 MG | comprimido | 270 |  |  |
| 27 | PROCORALAN 5 MG \* | comprimido | 910 |  |  |
| 28 | SIRDALUD 2 MG \* | comprimido | 950 |  |  |
| 29 | VALDOXAN 25 MG \* | comprimido | 336 |  |  |
| 30 | VASTAREL MR 35 MG \* | comprimido | 720 |  |  |
| TOTAL GERAL: | | | | | |

**OBS: Os medicamentos que contem** \* **NÃO poderão ser genéricos/similares**

**Preferência de valores por compridos ou cápsulas, mas, se for passar valor por caixa, por favor, anotar quantidade de comprimidos por caixa.**

|  |
| --- |
| **Empresa:** |
| **Contato:** |
| **CNPJ/CPF:** |
| **Endereço:** |
| **Bairro:** |
| **Telefone:** |
| **e-mail:** |
| **Cidade:** |
| **CEP:** |

**Condições de Pagamento: \*\* (levando em consideração que a prefeitura faz pagamentos por empenho e nunca antecipado e tem que ser em conta PJ)**

|  |
| --- |
|  |
|  |

Observações Gerais: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Desconto e frente inclusos no valor da mercadoria.**

Este orçamento tem validade de 120 (cento e vinte) dias.

Após este período, favor consulte-nos novamente.

Todos os preços informados estão em Reais (R$) e são exclusivos para este orçamento.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ASSINATURA E CARIMBO DA EMPRESA)