

**PREFEITURA MUNIC DE PEDERNEIRAS****RUA SIQUEIRA CAMPOS, S-64 CENTRO****17280-065 - PEDERNEIRAS-SP****Fone: 3283-9570 / Fax: 3284-1764 email:**

Data: 24/09/2026

Página: 1

**COMPRA DIRETA****Agrupamento 007134/2026****Razão Social:** \_\_\_\_\_**Endereço:** \_\_\_\_\_**Bairro:** \_\_\_\_\_**Cidade:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_**CNPJ:** \_\_\_\_\_ **TeleFax:** \_\_\_\_\_ **Contato:** \_\_\_\_\_**I.E.:** \_\_\_\_\_ **e-mail:** \_\_\_\_\_ **Site:** \_\_\_\_\_**Entrega do Orçamento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_:**Unidade Requisitante:**

| Item                                                                                                                       | Código         | Unidade      | Quantidade | Marca | Preço Unitário | Preço Total |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------|------------|-------|----------------|-------------|
| 7                                                                                                                          | 1.62.01.1563-5 | FR - Frasco  | 750        |       |                |             |
| AMOXICILINA 50 MG/ML FRASCO 60 ML                                                                                          |                |              |            |       |                |             |
| 10                                                                                                                         | 1.62.01.1942-8 | CO - Compri  | 20000      |       |                |             |
| CARBONATO DE CÁLCIO 1.250 MG (= 500 MG CÁLCIO ELEMENTAR) - COMPRIMIDO MASTIGÁVEL- CARTELA COM 10, 15, 20 OU 30 COMPRIMIDOS |                |              |            |       |                |             |
| 11                                                                                                                         | 1.62.01.1958-4 | CO - Compri  | 20000      |       |                |             |
| CARBONATO DE CÁLCIO 1.500 MG (600MG de CÁLCIO) + COLECALCIFEROL 400UI. CARTELAS COM 10;15 OU 30CPR                         |                |              |            |       |                |             |
| 5                                                                                                                          | 1.62.01.0968-6 | CO - Compri  | 15000      |       |                |             |
| CLORIDRATO DE METFORMINA 850 MG                                                                                            |                |              |            |       |                |             |
| 1                                                                                                                          | 1.62.01.0199-5 | CO - Compri  | 60000      |       |                |             |
| CLORIDRATO DE TRAMADOL 50 MG                                                                                               |                |              |            |       |                |             |
| 6                                                                                                                          | 1.62.01.1340-3 | CO - Compri  | 10000      |       |                |             |
| FINASTERIDA 5 MG                                                                                                           |                |              |            |       |                |             |
| 2                                                                                                                          | 1.62.01.0221-5 | CO - Compri  | 80000      |       |                |             |
| FUROSEMIDA 40 MG                                                                                                           |                |              |            |       |                |             |
| 4                                                                                                                          | 1.62.01.0680-6 | CO - Compri  | 50000      |       |                |             |
| LOSARTANA POTÁSSICA 50 MG                                                                                                  |                |              |            |       |                |             |
| 9                                                                                                                          | 1.62.01.1877-4 | CP - Capsula | 798        |       |                |             |
| PROGESTERONA NATURAL MICRONIZADA 200MG. CÁPSULA GELATINOSA MOLE                                                            |                |              |            |       |                |             |
| 3                                                                                                                          | 1.62.01.0507-9 | EV - Envelop | 3000       |       |                |             |
| SACCHAROMYCES BOULARDI 17 LIOFILIZADO 200 MG. EMBALAGEM CONTENDO 4 ENVELOPES DE 1 GRAMA. USO ORAL                          |                |              |            |       |                |             |
| 8                                                                                                                          | 1.62.01.1863-4 | CO - Compri  | 20000      |       |                |             |
| SUCCINATO DE METOPROLOL 25MG. COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA                                                           |                |              |            |       |                |             |

**Total da Estimativa****Obs da Cotação**



**PREFEITURA MUNIC DE PEDERNEIRAS**

**RUA SIQUEIRA CAMPOS, S-64 CENTRO**

**17280-065 - PEDERNEIRAS-SP**

**Fone: 3283-9570 / Fax: 3284-1764 email:**

Data: 24/09/2026

Página: 2

**COMPRA DIRETA**

**Agrupamento 007134/2026**

**Razão Social:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Bairro:** \_\_\_\_\_

**Cidade:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_

**CNPJ:** \_\_\_\_\_ **TeleFax:** \_\_\_\_\_ **Contato:** \_\_\_\_\_

**I.E.:** \_\_\_\_\_ **e-mail:** \_\_\_\_\_ **Site:** \_\_\_\_\_

**Entrega do Orçamento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_:\_\_\_\_

**Unidade Requisitante:** \_\_\_\_\_

**Condição de Pagamento:** \_\_\_\_\_ **Não inferior a 30 dias**

**Validade da Proposta:** \_\_\_\_\_ **Não inferior a 30 dias**

**Prazo de Entrega:** \_\_\_\_\_

**Garantia:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Responsável pela empresa**