

RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE FREDERICO WESTPHALEN
CNPJ: 87.612.917/0001-25
SETOR DE LICITAÇÕES

PREGÃO PRESENCIAL Nº 56/2020

ANEXO I - ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO E FORMULÁRIO PADRONIZADO DE PROPOSTA

Page 1 of 2

Fornecedor:		Número:		Cidade:		UF:	
Endereço:		Insc. Estadual:		Fone:			
CPF/CNPJ:		Validade da Proposta:					
E-mail:							

Favor cotar os preços para fornecimento dos materiais/serviços abaixo especificados:

Item	Sub. Item	Qtde.	Unid.	Descrição	Marca	Valor Unitário	Valor Total
1		2.000,00	COM	ALPRAZOLAN 0,5MG.			
2		1.000,00	COM	ALPRAZOLAN 1MG.			
3		2.000,00	COM	AMITRIPTILINA 25MG/CP.			
4		4.000,00	COM	AMITRIPTILINA 75MG/CP.			
5		10.000,00	COM	BIPERIDENO, CLORIDRATO 2MG/CP.			
6		12.000,00	COM	BROMAZEPAM 3MG/CP.			
7		2.000,00	COM	BROMAZEPAM 6MG/CP.			
8		10.000,00	COM	CARBAMAZEPINA 200MG/CP.			
9		9.000,00	COM	CARBONATO DE LÍTIO 300MG/CP.			
10		5.000,00	COM	CITALOPRAM 20MG/CP.			
11		100,00	FR	CLONAZEPAM 2,5MG/ML.			
12		10.000,00	COM	CLONAZEPAM 2 MG/CP.			
13		1.500,00	COM	CLORIDRATO DE SERTALINA 50MG/CP.			
14		2.000,00	COM	CLORIDRATO DE VENLAFAXINA 150 MG/CP.			
15		3.000,00	COM	CLORIDRATO DE VENLAFAXINA 75 MG/CP.			
16		3.000,00	COM	CLORPROMAZINA 100MG/CP.			
17		5.000,00	COM	CLORPROMAZINA 25MG/CP.			
18		5.000,00	CAP	COMPLEXO B.			

Em, ____/____/____

CONDIÇÕES DIVERSAS
Vide EDITAL

Assinatura e Carimbo
do Fornecedor

RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE FREDERICO WESTPHALEN
CNPJ: 87.612.917/0001-25
SETOR DE LICITAÇÕES

PREGÃO PRESENCIAL Nº 56/2020

ANEXO I - ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO E FORMULÁRIO PADRONIZADO DE PROPOSTA

Page 2 of 2

Fornecedor:		Número:		Cidade:		UF:	
Endereço:		Insc. Estadual:		Fone:			
CPF/CNPJ:		Validade da Proposta:					
E-mail:							

Favor cotar os preços para fornecimento dos materiais/serviços abaixo especificados:

Item	Sub. Item	Qtde.	Unid.	Descrição	Marca	Valor Unitário	Valor Total
19		10.000,00	COM	DIAZEPAM 10MG/CP.			
20		2.000,00	COM	DISSULFIRAM 250MG/CP.			
21		5.000,00	COM	ESCITALOPRAM 20MG/CP.			
22		1.000,00	COM	FENOBARBITAL 100MG/CP.			
23		3.000,00	COM	FLUOXETINA 20 MG/CP.			
24		3.000,00	COM	HALOPERIDOL 5MG/CP.			
25		150,00	AMP	HALOPERIDOL DECANOATO 70,52MG/ML 1ML.			
26		1.000,00	COM	IMIPRAMINA 25MG/CP.			
27		6.000,00	COM	LEVOMEPRMAZINA 100MG/CP.			
28		50,00	FR	LEVOMEPRMAZINA 40MG/ML 20 ML..			
29		4.000,00	COM	LORAZEPAM 2MG/CP.			
30		10.000,00	COM	OMEPRAZOL 20MG.			
31		4.000,00	COM	PAROXETINA 20MG/CP.			
32		2.000,00	COM	PROMETAZINA 25MG/CP.			
33		5.000,00	COM	RISPERIDONA 2MG/CP.			
34		1.000,00	COM	VALPROATO DE SÓDIO 500MG/CP.			
TOTAL							

Em, ____/____/____

CONDIÇÕES DIVERSAS
Vide EDITAL

Assinatura e Carimbo
do Fornecedor