

**DROGAFONTE LTDA**

Rua: Rodovia Br-101, Norte S/Nº - KM 56.6 - Jardim Paulista, Paulista - PE - CEP: 53409-260

Telefone: (81)2102-1819

CNPJ: 08.778.201/0001-26

Email: [pregaoeletronico@drogafonte.com.br](mailto:pregaoeletronico@drogafonte.com.br) / [cotacao@drogafonte.com.br](mailto:cotacao@drogafonte.com.br) Site: <https://www.drogafonte.com.br>

www.drogafonte.com.br

**Ao Órgão 13825 - ERN - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA - UASG: 925550. Pregão Eletrônico N° 90137/2025 (12091). Apresentamos nossa proposta de preços.**

Item	Descrição	Unidade	Qtd	R\$ Unitário	Valor Total
7	267651 - ENALAPRIL 10MG.CX C/500 CPRS (G) NOME DO PRODUTO: MALEATO DE ENALAPRIL CÓD. GGREM: 526216040011106 REGISTRO NO M.S.: 1048100980147 <b>MARCA:</b> 1FARMA/CIMED (MG) <b>MODELO/VERSÃO:</b> CPR / REGISTRO NO M.S.: 1048100980147	COMPRIMIDO	100.400,00	0,0300	3.012,0000
10	267666 - FUROSEMIDA 10MG/ML APRES.CX C/ 100 AMP 2ML (G) NOME DO PRODUTO: FUROSEMIDA CÓD. GGREM: 530716080005806 REGISTRO NO M.S.: 1018600320012 <b>MARCA:</b> SANTISA-SP (SP) <b>MODELO/VERSÃO:</b> AMP / REGISTRO NO M.S.: 1018600320012	AMPOLA 2,00 ML	330.400,00	0,6200	204.848,0000
13	267674 - HIDROCLOROTIAZIDA 25MG APRES CX/500 CPRS. (G) NOME DO PRODUTO: HIDROCLOROTIAZIDA CÓD. GGREM: 506417080033506 REGISTRO NO M.S.: 1438102100053 <b>MARCA:</b> CIMED (MG) <b>MODELO/VERSÃO:</b> CPR / REGISTRO NO M.S.: 1438102100053	COMPRIMIDO	75.200,00	0,0200	1.504,0000
Valor total da proposta:					209.364,0000

O valor total dessa proposta é de R\$209.364,0000 (duzentos e nove mil e trezentos e sessenta e quatro reais).

**Dados Comerciais:****Inscrição Estadual:** 0096822-60**Banco:** 001 - Banco do Brasil**Conta:** 13.705-7**Agencia:** 3433-9 - Empresarial Recife**BANCO DO BRADESCO**

AG. 1058-8

C/C 6204-9

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL PARA ASSINATURA DE CONTRATO****NOME:** ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO RG: 8020400106 MT/PE - SDS/PE CPF: 097.367.714-74**ENDEREÇO:** Av Barão de Bonito, 408, Várzea, Recife - PE.**ESTADO CIVIL:** Solteira **QUALIFICAÇÃO:** GerenteE-mail para Contrato: [contrato@drogafonte.com.br](mailto:contrato@drogafonte.com.br) / [pregaoeletronico@drogafonte.com.br](mailto:pregaoeletronico@drogafonte.com.br)E-mail para Pedidos: [pedidos@drogafonte.com.br](mailto:pedidos@drogafonte.com.br)

Validade da Proposta ...: 60 DIAS

Prazo de Entrega .....: 20 DIAS

Condições de Pagamento : 30 DIAS

**Observações:**

Declaramos que concordamos com todas as normas que regem este edital, impostos e despesas inclusos nos preços.

Material de procedência nacional.

ALÍQUOTA DE ICMS DO ESTADO DE : 20.5%

VALIDADE DOS PRODUTOS COTADOS: 24 (vinte e quatro) meses.

DECLARAMOS QUE A EMPRESA NÃO COMERCIALIZA MEDICAMENTOS FRACIONÁVEIS.

1. Declaramos que a validade desta proposta é de 60 dias a contar da data de sua entrega.

2. Declaramos expressamente que, no(s) preço(s) acima ofertado(s), estão inclusos todos os custos indiretos tais como: impostos, taxas, fretes, seguros e etc.

Paulista/PE, 10 de Setembro de 2025

**DROGAFONTE LTDA****Rua:** Rodovia Br-101, Norte S/Nº - KM 56.6 - Jardim Paulista, Paulista - PE - **CEP:** 53409-260**Telefone:** (81)2102-1819**CNPJ:** 08.778.201/0001-26**Email:** [pregaoeletronico@drogafonte.com.br](mailto:pregaoeletronico@drogafonte.com.br) / [cotacao@drogafonte.com.br](mailto:cotacao@drogafonte.com.br) **Site:** <https://www.drogafonte.com.br>**Representante Legal**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Erika Millane Braz Monteiro'.

ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO

**RG:**8.364.310 SDS/PE**CPF:**097.367.714-74

