

Cliente.: 17909-FUNDO M. DE SAUDE DE LAGARTO  
Att.: COMISSAO PERMANENTE DE LICITACAO

Folha: 149139/0001  
Data: 31/07/2024

Endereco: AV. SANTO ANTONIO S/N, .  
CENTRO - LAGARTO-SE

PREGAO ELETRONICO No. 015/2024 - REF  
Abertura: 31/07/2024 Hora: 08:30

Tipo: AMPLA DISPUTA

| Item | Quantidade Apr. | Discriminacao                                                                   | Marca/Fabricante                           | Vlr. Unit. | Total     |
|------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------|-----------|
| 251  | 525.000,00 CPR  | 1940 - CLORIDRATO DE METFORMINA 500MG<br>Registro no M.S.: 1256801510061        | APRES. CX/400 CPRS (G)<br>PRATI DONAD (PR) | 0,12       | 63.000,00 |
| 255  | 7.500,00 AMP    | 21596 - HALOPERIDOL DECANOATO (70,52) = 50MG<br>Registro no M.S.: 1049711330016 | APRES. CX/03 AMP 1ML<br>UNIAO QUIMI (DF)   | 6,14       | 46.050,00 |
| 266  | 150.000,00 CPR  | 2001 - METILDOPA 250MG<br>Registro no M.S.: 1023505640028                       | APRES. CX/30 CPRS (G)<br>EMS (SP)          | 0,38       | 57.000,00 |

Total Geral: 166.050,00  
(CENTO E SESSENTA E SEIS MIL E CINQUENTA REAIS)

Declaramos que concordamos com todas as normas que regem este edital, impostos e despesas inclusos nos precos.  
Material de procedencia nacional.  
ALÍQUOTA DE ICMS DO ESTADO DE: 20.5%  
VALIDADE DOS PRODUTOS COTADOS: 24 (vinte e quatro) meses.

DECLARAMOS QUE A EMPRESA NAO COMERCIALIZA MEDICAMENTOS FRACIONAVEIS.

Declaro que os precos cotados nao sofrerao qualquer encargo financeiro ou previsao inflacionaria, e ja estao incluindo, alem do lucro, todas as despesas resultantes de encargos, impostos, taxas, tributos, frete e demais despesas diretas ou indiretas relacionadas com o integral fornecimento do objeto do Pregao.

Declaro que aceito todas as exigencias do Edital do Pregao Eletronico e de seus Anexos.

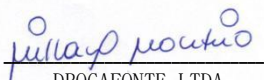
Validade da Proposta ..: 60 DIAS  
Prazo de Entrega .....: 10 DIAS  
Condicoes de Pagamento : 30 DIAS

**DADOS BANCÁRIOS:** Sigla: BB - Cód. Do Banco: 001  
Agência: 3433-9 - Conta Corrente: nº13.705-7 - Empresarial Recife  
Email: [pregaoeletronico@drogafonte.com.br](mailto:pregaoeletronico@drogafonte.com.br)

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL PARA ASSINATURA DE CONTRATO**

NOME: MARIA EMILIA DE SOUZA FERRAZ RG: 635.326-2 SDS/PE CPF: 056.537.014-67  
ENDEREÇO COMERCIAL: Av Barão de Bonito, Nº 408, Várzea, Recife/PE CEP 52061-540.  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRA QUALIFICAÇÃO: GERENTE DE LICITAÇÃO

PAULISTA/PE, 02 DE AGOSTO DE 2024.



DROGAFONTE LTDA  
CNPJ Nº 08.778.201/0001-26  
ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO  
RG Nº 8364310 SDS/PE  
CPF 097.367.714-74  
GERENTE DE COMPRAS