

MUNICIPIO DE CANDEIAS-BA

Nº 059/2024





Proposta Inicial do Fornecedor

Fornecedor: 08.778.201/0001-26 - DROGAFONTE LTDA

Item 1

Item	Descrição	Qtde.	Unid.	Marca	Modelo	R\$ VIr. Unitário	R\$ VIr. Total	R\$ VIr Unitário Mínimo	R\$ VIr Intervalo Mínimo
1	BRIMONIDINA 2MG FRASCO DE 5ML	3.000,00	FRASCO	GEOLAB- GO(GO)	COLIRIO FR 5ML	R\$ 5,77	R\$ 17.310,00	Não parametrizado	Não parametrizado

Total: R\$ 17.310,00

Item 7

ltem	Descrição	Qtde.	Unid.	Marca	Modelo	R\$ VIr. Unitário	R\$ VIr. Total	R\$ VIr Unitário Mínimo	R\$ VIr Intervalo Mínimo
7	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG	950.000,00	COMPRIMIDO	CIMED(MG)	APRES. CX/500 CPRS	R\$ 0,02	R\$ 19.000,00	Não parametrizado	Não parametrizado

Total: R\$ 19.000,00

Item 9

ltem	Descrição	Qtde.	Unid.	Marca	Modelo	R\$ VIr. Unitário	R\$ VIr. Total	R\$ VIr Unitário Mínimo	R\$ VIr Intervalo Mínimo
9	LACTULOSE 667MG/ML 120ML	15.000,00	FRASCO	CIMED(MG)	APRES. CX/50 FR 120ML	R\$ 6,41	R\$ 96.150,00	Não parametrizado	Não parametrizado

Total: R\$ 96.150,00

Item 14

Item	Descrição	Qtde.	Unid.	Marca	Modelo	R\$ VIr. Unitário	R\$ VIr. Total	R\$ VIr Unitário Mínimo	R\$ VIr Intervalo Mínimo
14	SINVASTATINA 20MG	750.000,00	COMPRIMIDO	CIMED(MG)	APRES. CX/400 CPRS	R\$ 0,06	R\$ 45.000,00	Não parametrizado	Não parametrizado

Total: R\$ 45.000,00

Item 15

Item	Descrição	Qtde.	Unid.	Marca	Modelo	R\$ VIr. Unitário	R\$ VIr. Total	R\$ VIr Unitário Mínimo	R\$ VIr Intervalo Mínimo
15	SULFAMETOXAZOL 400MG+TRIMETOPRIMA 80MG	60.000,00	COMPRIMIDO	PRATI DONAD(PR)	APRES. CX/240 CPRS	R\$ 0,19	R\$ 11.400,00	Não parametrizado	Não parametrizado

Total: R\$ 11.400,00

Total Geral: R\$188.860,00