

Tipo: ITEM
 Objeto: MEDICAMENTO

---Item	-----	Quantidade	Apr.	-----	D i s c r i m i n a c a o	-----	Marca/Fabricante	Vlr.	Unit.	-----	Total
1		366.720,00	AMP		OXITOCINA 5 UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMPOLA 1ML APRES.CX/C/ 50 AMP (G) (T) CÓD.SUPRI: 11.064.005.028.0003-4 Registro no M.S.: 1163700720030		BLAU FARMAC(SP)	4,8369			1.773.787,97

Total Geral: 1.773.787,97
 (UM MILHAO, SETECENTOS E SETENTA E TRES MIL, SETECENTOS E OITENTA E SETE REAIS E NOVENTA E SETE CEN-)

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

DECLARAMOS QUE A EMPRESA NÃO COMERCIALIZA MEDICAMENTOS FRACIONÁVEIS.

DECLARAÇÕES:
 01. Declara, sob as penas da lei, que os preços cotados incluem todos os custos e despesas necessárias ao cumprimento integral das obrigações decorrentes desta licitação.
 02. Declara que, por ser de seu conhecimento, atende e se submete a todas as cláusulas e condições do Edital e Anexos, relativos a licitação supra, bem como às disposições da Lei Federal nº 14.133/2021, Lei Complementar nº 123/2006, com a redação que lhe atribuiu a Lei Complementar 147/2014 e Decretos nº 56.475/2015 e, e demais normas complementares que disciplinam o certame e que integrarão o ajuste correspondente, no que lhe for pertinente.
 03. Declara, sob as penas da lei, que tem condições de fornecer a quantidade estabelecida no prazo assinalado, independentemente dos demais compromissos de fornecimento porventura existentes, bem como que fornecerá o material de acordo com as especificações técnicas (Anexo I do Edital), respeitando as

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

 .

Cliente.: 22267-MUNICIPIO DE SÃO PAULO
Att.: COISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
Ref.: PROCESSO Nº 6018.2024/0059964-7

Folha: 148103/0002

PREGAO ELETRONICO No. 90474/2024/SMS
Abertura: 11/07/2024 Hora: 09:00

Tipo: ITEM
Objeto: MEDICAMENTO

---Item ----- Quantidade Apr. ----- D i s c r i m i n a c a o ----- Marca/Fabricante Vlr. Unit. -----Total
condições de embalagens,
prazos de validade, requisitos específicos, enfim todas as
especificações.

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