



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

PROCESSO Nº 040/2026  
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 14/2026  
EDITAL Nº 14/2026

## PREÂMBULO

O Município de Novais, Inscrito no CNPJ sob o nº 65.711.699/0001-43, com Sede Administrativa no Paço Municipal, localizada na Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-007, na Cidade de Novais, Estado de São Paulo, através de seu Prefeito Municipal, torna público que realizará Licitação, para Registro de Preços, na modalidade Pregão Eletrônico, nos termos da Lei nº 14.133, de 01 de abril de 2021 e do Decreto Municipal nº 058/2024, de 02 de dezembro de 2024 – (<https://www.novais.sp.gov.br/home/images/decreto/582024.pdf>) e demais legislação aplicável e ainda de acordo com as condições estabelecidas neste Edital.

**LOCAL:** A sessão pública se dará por meio do sistema eletrônico no Portal: [www.bnc.org.br](http://www.bnc.org.br).

## RECEBIMENTO E ABERTURA DE PROPOSTAS

**Data de início de envio de PROPOSTA:** 20/08/2026

**Data de encerramento do envio de PROPOSTA:** 03/09/2026 as 08:30 Horas

**Data de abertura do pregão:** 03/09/2026 as 09:00 Horas

### 1. DO OBJETO

**1.1.** O objeto da presente licitação é o Registro de preços para eventual aquisição parcelada de Medicamentos Éticos, Genéricos ou Similares, cujos manuais de boas práticas sejam aprovados pela ANVISA e sua comercialização seja devidamente autorizada pelo Ministério da Saúde, destinados à manutenção das atividades da Farmácia Municipal de Novais, pelo período de 12(doze) meses, conforme especificações constantes no ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA.

**1.1.** A licitação será dividida em itens, conforme tabela constante do Termo de Referência, facultando-se ao licitante a participação em quantos itens forem de seu interesse.

**1.2.** O critério de julgamento adotado será o MENOR PREÇO UNITÁRIO, observadas as exigências contidas neste Edital de Licitação e seus Anexos quanto às especificações do objeto.

### 2. DO REGISTRO DE PREÇOS

**2.1.** As regras referentes ao Órgão Gerenciador e aos participantes são as que constam da minuta de Ata de Registro de Preços.

**2.2.** Não será admitida a adesão à ata de registro de preços decorrente desta licitação.

**2.2.1.** Justificativa da vedação a adesão à Ata de Registro de Preços: A vedação à adesão à Ata de Registro de Preços por órgãos ou entidades não participantes justifica-se pela inexistência de estrutura administrativa, pessoal técnico e capacidade operacional suficientes

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

para gerir, acompanhar e fiscalizar eventuais adesões externas.

Ressalte-se que o objeto da presente contratação foi dimensionado exclusivamente com base nas necessidades específicas da Administração Municipal, considerando seus quantitativos, planejamento orçamentário, capacidade logística e operacional, não havendo previsão de quantitativos adicionais que comportem eventuais adesões por terceiros.

A admissão de adesões externas implicaria desvirtuar os parâmetros definidos no Estudo Técnico Preliminar, na estimativa de preços e na alocação de recursos, além de comprometer a eficiência, o controle e a regularidade da execução contratual, contrariando os princípios do planejamento, da eficiência e da responsabilidade administrativa previstos na Lei nº 14.133/2021.

Nesse sentido, a vedação alinha-se ao entendimento dos órgãos de controle e às hipóteses legais vigentes, assegurando que a contratação atenda exclusivamente ao interesse público local, de forma adequada, segura e em consonância com a boa governança das contratações públicas.

### 3. DA PARTICIPAÇÃO NA LICITAÇÃO

**3.1.** Poderão participar deste certame os interessados que estejam previamente credenciados no sistema eletrônico, por meio do site [www.bnc.org.br](http://www.bnc.org.br).

**3.2.** Para ter acesso ao sistema eletrônico, os interessados em participar deste pregão deverão dispor de chave de identificação e senha pessoal.

**3.3.** O licitante responsabiliza-se exclusiva e formalmente pelas transações efetuadas em seu nome, assume como firmes e verdadeiras suas propostas e seus lances, inclusive os atos praticados diretamente ou por seu representante, excluindo a responsabilidade do provedor do sistema ou do órgão promotor da licitação por eventuais danos decorrentes de uso indevido das credenciais de acesso, ainda que por terceiros.

**3.4.** É de responsabilidade do cadastrado conferir a exatidão dos seus dados cadastrais no sistema e mantê-los atualizados junto aos órgãos responsáveis pela informação, devendo proceder, imediatamente, à correção ou à alteração dos registros tão logo identifique incorreção ou aqueles se tornem desatualizados.

**3.4.1.** A não observância do disposto no item anterior poderá ensejar desclassificação no momento da habilitação.

**3.5.** Não poderão disputar desta licitação ou participar da execução do Contrato, direta ou indiretamente, sob pena de recebimento das sanções previstas neste edital, as empresas que:

- a) Não explorem ramo de atividade compatível com o objeto desta licitação;
- b) Nos termos do art. 156 da Lei nº 14.133, de 01 de abril de 2021, estejam impedidas de licitar ou contratar com o Município de Novaes (inciso III c/c §4º), ou declaradas inidôneas para licitar ou contratar com a administração pública (inciso IV c/c §5º);

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novaes/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

c) as pessoas físicas e/ou jurídicas que se enquadrem nas hipóteses previstas no art. 14, da Lei nº 14.133, de 01 de abril de 2021 ou naquelas previstas no art.12 da Lei nº 8.429, de 02 de junho de 1992;

d) Empresas reunidas em consórcio.

### **3.5.1. Justificativa da vedação à participação de empresas reunidas em consórcio.**

Acerca da vedação à participação, no presente certame, de empresas reunidas em consórcio, trata o renomado autor Marçal Justen Filho, em sua obra Comentários à Lei de Licitações e Contratos Administrativos:

“Em regra, o consórcio não é favorecido ou incentivado pelo nosso Direito. Como instrumento de atuação empresarial, o consórcio pode conduzir a resultados indesejáveis. A formação de consórcios acarreta risco de dominação do mercado, através de pactos de eliminação de competição entre os empresários. No campo de licitações, a formação de consórcios poderia reduzir o universo da disputa, (...) Há hipóteses em que as circunstâncias do mercado e (ou) a complexidade do objeto torna problemática a competição”.

No caso em pauta a justificativa para a vedação da participação de empresas reunidas em consórcio baseia-se na discricionariedade dada pela Lei Federal nº 14.133/2021 à Administração Pública para que esta determine a realização de licitação admitindo ou não que consorciadas possam participar do processo.

Para determinar tal vedação o Município de Novais buscou primar pela qualidade dos bens/serviços e pelo equilíbrio econômico e financeiro do Licitante que, se vencedor do certame, entregará os bens/serviços a esta Municipalidade.

Encontra-se ainda asseverado pelo ilustre autor citado acima:

“É usual que a Administração Pública apenas autorize a participação de empresas em consórcio quando as dimensões e a complexidade do objeto ou as circunstâncias concretas exijam a associação entre os particulares. São as hipóteses em que apenas umas poucas empresas estariam aptas a preencher as condições especiais exigidas para licitação”.

Como se extrai do trecho acima, a Administração Pública poderá considerar as condições dos bens/serviços exigidos conforme as “dimensões e complexidade do objeto”, entretanto a aquisição/contratação, não requer tal complexidade para que seja necessária a atuação de duas ou mais empresas consorciadas, eis que apenas uma empresa poderá entregar os bens/serviços com a qualidade adequada e não seria viável que duas empresas com objetos similares se reunissem em um consórcio para a entregar bens/serviços licitados em virtude das dimensões do objeto caracterizado neste Edital e seus anexos.

Demonstra-se com base no objeto do presente Edital que não há necessidade que empresas de objetos diferentes reúnam-se em consórcio para junção de qualificações distintas destinadas a um mesmo fim, objeto da licitação, a operação neste Município requer uma empresa com condições de entregar os bens/serviços, sendo que todos os bens/serviços essenciais inerentes a esta aquisição/contratação deve coexistir dentro de uma mesma estrutura empresarial especializada no fornecimento do objeto contratual.

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

Observa Marçal Justen Filho: “Embora a distinção não tenha fundamento legislativo, podem distinguir-se consórcios “homogêneos” e “heterogêneos”. A diferença não consta do direito posto, mas é útil para compreender melhor a função dos consórcios. Em alguns casos, os consórcios reúnem empresas de objeto similar, que se associam para conjugação de recursos ou experiências equivalentes – homogêneas. Já em outras hipóteses, cada empresa atua em determinado segmento de atividades e o consorciamento objetiva propiciar a união de qualificações distintas e inconfundíveis – heterogêneas. A complexidade dos objetos licitados determina a natureza do consórcio. Usualmente, há consórcios heterogêneos quando a execução do objeto pressupõe multiplicidade de atividades empresariais distintas”.

Em comparação com o objeto do Edital vê-se que não há necessidade de um consórcio de natureza heterogênea, conforme conceito suprarreferido, eis que o Parque Linear exige a atuação de empresa que tenha como seu ramo essencial a produção/comércio de bens, e se permitida a composição de consórcios entre empresas com mesmo objeto (homogênea), tal decisão poderia acarretar drástica redução entre os participantes do processo licitatório, além de prejudicar o certame e até mesmo posteriormente a execução contratual.

Pelos motivos e fundamentos acima expostos, optou-se, eis que se trata de uma decisão discricionária do Município, pela adequada prestação dos serviços públicos à população tanto quanto pelo princípio da igualdade entre os participantes buscando não privilegiar a formação de consórcio o que poderia frustrar os fins deste pregão.

## 4. DAS DESPESAS E DO ORÇAMENTO ESTIMADO

**4.1.** As despesas decorrentes da presente Ata de Registro de Preços correrão à conta dos Recursos Orçamentários das dotações próprias consignadas no orçamento geral do Município de Novais, relativo ao exercício financeiro a época vigente.

**4.2.** O custo estimado total é **R\$ 7.825.927,55 (sete milhões, oitocentos e vinte e cinco mil, novecentos e vinte e sete reais e cinquenta e cinco centavos).**

## 5. DA APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA E DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

**5.1.** Na presente licitação, a fase de habilitação sucederá as fases de apresentação de propostas e lances e de julgamento.

**5.2.** No cadastramento da proposta inicial, o fornecedor deverá, também, assinalar o Termo de Aceitação, em campo próprio do sistema eletrônico, relativo às seguintes declarações:

**5.2.1.** Declaro para os devidos fins legais estar enquadrado como ME, EPP ou equiparada e deixo usufruir do tratamento estabelecido nos arts. 42 a 49 da LC 123/2006; ou

**5.2.2.** Tenho outro enquadramento e não estou apto a usufruir do tratamento estabelecido nos arts. 42 a 49 da LC 123/2006.

**5.3.** Os licitantes poderão retirar ou substituir a proposta e os documentos de habilitação anteriormente inseridos no sistema, até o horário de encerramento do envio das propostas.

**5.3.1.** As propostas permanecerão disponíveis no Sistema Eletrônico e a existência de

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

qualquer elemento que possa identificar o licitante importará a sua desclassificação, sem prejuízo das sanções previstas neste Edital.

**5.4.** Não haverá ordem de classificação na etapa de apresentação da proposta e dos documentos de habilitação pelo licitante, a qual ocorrerá somente após abertura da sessão pública e da fase de envio de lances.

**5.5.** Após o encerramento da fase de envio de lances, os documentos que compõem as propostas dos licitantes serão disponibilizados para acesso público.

**5.6.** Caberá ao licitante interessado em participar da licitação acompanhar as operações no sistema eletrônico durante o processo licitatório e se responsabilizar pelo ônus decorrente da perda de negócios diante da inobservância de mensagens emitidas pela Administração ou de sua desconexão.

**5.7.** O licitante deverá comunicar imediatamente ao provedor do sistema qualquer acontecimento que possa comprometer o sigilo ou a segurança, para imediato bloqueio de acesso.

**5.8.** O licitante enquadrado como uma das entidades preferenciais, microempresa ou empresa de pequeno porte, deverá declarar, em campo próprio do Sistema Eletrônico, que atende aos requisitos do art. 3º da Lei Complementar nº 123/06, para fazer jus aos benefícios previstos nessa Lei.

**5.8.1.** O tratamento diferenciado, no âmbito deste Edital, concedido às microempresas e às empresas de pequeno porte, estende-se também, como entidades preferenciais, ao produtor rural pessoa física e ao agricultor familiar conceituado na Lei nº 11.326, de 24 de julho de 2006, com situação regular na Previdência Social e no Município, que tenham auferido receita bruta anual até o limite de que trata o inciso II do caput do art. 3º da Lei Complementar nº 123/06, bem como às sociedades cooperativas que tenham auferido, no ano-calendário anterior, receita bruta até o limite supracitado, nela incluídos os atos cooperados e não-cooperados, nos termos do art. 34 da Lei nº 11.488, de 15 de junho de 2007.

**5.8.2.** Não poderá se beneficiar do tratamento jurídico diferenciado estabelecido nos arts. 42 a 49 da Lei Complementar nº 123, de 2006, a pessoa jurídica que se enquadrar em quaisquer das hipóteses previstas nos incisos I a XII do § 4º do art. 3º da referida Lei Complementar.

**5.9.** A falsidade de quaisquer das declarações de que tratam os itens 5.2. e 5.8. sujeitará o licitante às sanções previstas na lei nº 14.133/2021 e neste Edital.

**5.10.** A fase de apresentação da proposta e dos documentos de habilitação será encerrada automaticamente.

## **6. DO PREENCHIMENTO DA PROPOSTA**

**6.1.** Os licitantes deverão encaminhar a proposta exclusivamente pelo Sistema Eletrônico, com o preço, até a data e horário de encerramento de envio da proposta, mediante o preenchimento dos campos exigidos:

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novaes/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

6.1.1. Valor unitário do item;

6.1.2. Marca; e

6.1.3. Modelo.

6.2. Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam o licitante.

6.3. O licitante **não poderá oferecer proposta em quantitativo inferior ao previsto para contratação.**

6.4. O licitante deverá consignar, na forma expressa no Sistema Eletrônico, o **VALOR UNITÁRIO OFERTADO** considerando e incluindo todos os tributos, fretes, tarifas e demais despesas decorrentes da execução do objeto.

6.5. O **preço unitário** da proposta a ser encaminhada por meio do Sistema **não poderá exceder a 02 (duas) casas decimais.** Havendo necessidade de arredondamento, este deverá dar-se para menor.

6.6. Nos valores propostos estarão inclusos todos os custos operacionais, encargos previdenciários, trabalhistas, tributários, comerciais e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente na execução do objeto.

6.7. Os preços ofertados, tanto na proposta inicial, quanto na etapa de lances, serão de exclusiva responsabilidade do licitante, não lhe assistindo o direito de pleitear qualquer alteração, sob alegação de erro, omissão ou qualquer outro pretexto.

6.8. Se o regime tributário da empresa implicar o recolhimento de tributos em percentuais variáveis, a cotação adequada será a que corresponde à média dos efetivos recolhimentos da empresa nos últimos 12(doze) meses.

6.9. Independentemente do percentual de tributo inserido na planilha, no pagamento serão retidos na fonte os percentuais estabelecidos na legislação vigente.

6.10. A apresentação das propostas implica obrigatoriedade do cumprimento das disposições nelas contidas, em conformidade com o que dispõe o Termo de Referência, assumindo o proponente o compromisso de executar o objeto licitado nos seus termos, bem como de fornecer os materiais, equipamentos, ferramentas e utensílios necessários, em quantidades e qualidades adequadas à perfeita execução contratual, promovendo, quando requerido, sua substituição.

6.11. O prazo de validade da proposta **não será inferior a 60 (sessenta) dias,** a contar da data de sua apresentação.

6.11.1. Caso a proposta seja omissa quanto ao prazo de validade, este será considerado como aceito pelo licitante para todos os efeitos.

6.12. **Os licitantes deverão observar os preços máximos previamente estabelecidos pelo Município** para a contratação, não sendo admitidas propostas ou lances em valores superiores

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

aos preços máximos fixados.

**6.13.** O descumprimento das regras acima mencionadas poderá ensejar a responsabilização perante o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, podendo resultar, após o devido processo legal, na fixação de prazo para adoção das medidas necessárias ao exato cumprimento da legislação, nos termos do art. 71, inciso IX, da Constituição Federal, bem como na condenação dos agentes públicos responsáveis e da empresa contratada ao ressarcimento dos prejuízos causados ao erário, caso constatada a ocorrência de superfaturamento ou sobrepreço na execução contratual.

## **7. DA ABERTURA DA SESSÃO PÚBLICA DO PREGÃO**

**7.1.** A sessão pública deste pregão será aberta automaticamente pelo Sistema Eletrônico na data e na hora indicadas no preâmbulo deste Edital, no sítio <http://www.bnc.org.br>.

**7.2.** Durante a sessão pública, somente será considerada oficial a comunicação, entre a Pregoeira e os licitantes, ocorrida exclusivamente mediante troca de mensagens, em campo próprio do Sistema Eletrônico.

**7.3.** Cabe ao licitante acompanhar as operações no Sistema Eletrônico durante a sessão pública do pregão, ficando responsável pelo ônus decorrente da perda de negócios diante da inobservância de qualquer mensagem emitida pelo sistema ou de sua desconexão.

## **8. DO MODO DE DISPUTA E DA FORMULAÇÃO DE LANCES**

**8.1.** Para este certame será adotado, para o envio de lances, o **modo de disputa aberto**, na conformidade com o inciso I do art. 56 da Lei nº 14.133, de 01 de abril de 2021, observados os critérios a seguir:

**8.1.1.** Aberta a etapa competitiva, os licitantes classificados poderão encaminhar lances, exclusivamente por meio do Sistema Eletrônico, sendo imediatamente informados do horário e do valor consignados no registro de cada lance.

**8.1.2.** Os licitantes **poderão oferecer lances sucessivos**, observados o horário fixado para abertura da sessão e as regras estabelecidas no Edital.

**8.1.3.** O licitante somente poderá oferecer lance inferior ao último por ele ofertado e registrado no sistema, observado o intervalo mínimo de diferença de valores entre os lances, que incidirá tanto em relação aos lances intermediários quanto em relação ao lance que cobrir a melhor oferta.

**8.2.** Observado o disposto no item 8.1.3. o licitante poderá, uma única vez, excluir seu último lance ofertado, no intervalo de 15 (quinze) segundos após o registro no sistema, na hipótese de lance inconsistente ou inexecutável.

**8.3.** No caso de lances iguais, prevalecerá aquele que for recebido e registrado primeiro.

**8.4.** Durante a sessão pública, os licitantes serão informados, em tempo real, do valor do menor lance registrado, mantendo-se em sigilo a identificação do ofertante.

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novaes/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

**8.5.** A etapa de envio de lances na sessão pública, terá duração de 10 (dez) minutos e, após isso, será prorrogada automaticamente pelo sistema quando houver lance ofertado nos últimos 02 (dois) minutos do período de duração da sessão pública.

**8.5.1.** A prorrogação automática da etapa de envio de lances de que trata o item 8.5. será de 02 (dois) minutos e ocorrerá sucessivamente sempre que houver lances enviados nesse período de prorrogação, inclusive quando se tratarem de lances intermediários.

**8.5.2.** Na hipótese de não haver novos lances na forma estabelecida nos itens 8.5 e 8.5.1, a sessão pública será encerrada automaticamente.

**8.5.3.** Encerrada a sessão pública sem prorrogação automática pelo sistema, nos termos do disposto no item 8.5.2, a Pregoeira poderá, assessorada pela equipe de apoio, admitir o reinício da etapa de envio de lances, em prol da consecução do melhor preço, mediante justificativa.

**8.5.4.** Atendendo ao disposto no art. 57 da Lei nº 14.133, de 01 de abril de 2021, o intervalo mínimo de diferença de valores entre os lances, que incidirá tanto em relação aos lances intermediários quanto em relação ao lance que cobrir a melhor oferta, será de R\$ 0,01 (um centavo).

**8.6.** Na hipótese de o sistema eletrônico se desconectar no decorrer da etapa de envio de lances da sessão pública e permanecer acessível aos licitantes, os lances continuarão sendo recebidos, sem prejuízo dos atos realizados.

**8.7.** Quando a desconexão do Sistema Eletrônico persistir por tempo superior a 10 (dez) minutos para o órgão promotor da licitação, a sessão do pregão na forma eletrônica será suspensa e reiniciada somente depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas após a comunicação do fato aos participantes, no endereço eletrônico utilizado para divulgação.

**8.8.** Encerrada a fase de lances sem que tenha havido disputa, ocorrendo empate entre 02 (dois) ou mais licitantes, mesmo após a aplicação das disposições deste Edital, nos termos do art. 60 da Lei nº 14.133, de 01 de abril de 2021, serão adotados, sucessivamente, os seguintes critérios de desempate:

**I.** Disputa final, hipótese em que os licitantes empatados poderão apresentar nova proposta em ato contínuo à classificação;

**II.** Avaliação do desempenho contratual prévio dos licitantes, a qual será mensurada a partir das anotações realizadas no SICAF, tendo como parâmetros preferencialmente a ser utilizados os registros cadastrais para efeito de atesto de cumprimento de obrigações previstos nesta Lei.

**a)** Em primeira instância, a empresa que tiver o menor número de sanções de multa;

**b)** Permanecendo o empate, a empresa que tiver o menor número de sanções de advertência;

**III.** Desenvolvimento, pelo licitante, de ações de equidade entre homens e mulheres no

**Fone (17) 3561-8780**

**Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP**

**[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)**





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

ambiente de trabalho; e

**IV.** Desenvolvimento, pelo licitante, de programa de integridade, em conformidade com a Lei Federal nº 12.846, de 01 de agosto de 2013.

**8.8.1.** Permanecendo o empate, será assegurada preferência, sucessivamente, aos bens e serviços produzidos ou prestados por:

- I. empresas estabelecidas no Estado de São Paulo;
- II. empresas brasileiras;
- III. empresas que invistam em pesquisa e no desenvolvimento de tecnologia no País; e
- IV. empresas que comprovem a prática de mitigação, nos termos da Lei nº 12.187, de 29 de dezembro de 2009.

## 9. DO EMPATE FICTO

**9.1.** Será assegurado, como critério de desempate, preferência de contratação para as microempresas e empresas de pequeno porte, nos termos da Lei Complementar no 123/06, observada a declaração de que trata o Item 5.8 deste Edital.

**9.1.1.** Nos termos do disposto no art. 4º §2º da Lei nº 14.133, de 01 de abril de 2021, as entidades preferenciais, microempresa ou empresa de pequeno porte, que desejarem se utilizar dos benefícios previstos nos arts. 42 a 49 da Lei Complementar nº 123/2006 deverão apresentar declaração específica de que, no ano-calendário de realização da licitação, ainda não celebraram Contratos com a Administração Pública nos quais os valores somados extrapolem a receita bruta máxima admitida para fins de enquadramento como empresa de pequeno porte.

**9.2.** Entende-se por empate, aquelas situações em que as propostas apresentadas pelas microempresas e empresas de pequeno porte sejam até 5% (cinco por cento) superiores ao melhor preço.

**9.3.** Para efeito do disposto no art. 44 da Lei Complementar no 123/2006, ocorrendo o empate, proceder-se-á da seguinte forma:

**9.3.1.** A microempresa ou a empresa de pequeno porte mais bem classificada será convocada, pelo sistema, para apresentar lance inferior àquela considerada vencedora, no prazo máximo de 05 (cinco) minutos após o encerramento dos lances do certame, sob pena de preclusão. Caso apresente preço inferior àquela considerada vencedora, será convocada para encaminhar proposta.

**9.3.2.** Não ocorrendo a contratação da microempresa ou empresa de pequeno porte, na forma prevista no subitem anterior, serão convocadas as remanescentes que porventura se enquadrem na hipótese do § 2º do art. 44 da Lei Complementar no 123/2006, na ordem classificatória, para o exercício do mesmo direito.

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

**9.3.3.** No caso de equivalência dos valores apresentados pelas microempresas e empresas de pequeno porte que se encontrem nos intervalos estabelecidos nos § 2º do art. 44 da Lei Complementar no 123/2006, será realizado sorteio entre elas para que se identifique aquela que primeiro poderá apresentar melhor oferta.

**9.3.4.** Na hipótese da não contratação, nos termos previstos no caput do art. 45 da Lei Complementar no 123/2006, a empresa ofertante originalmente da melhor proposta do certame será declarada vencedora.

**9.3.5.** O disposto no art. 45 da Lei Complementar no 123/2006 somente se aplicará quando a melhor oferta inicial não tiver sido apresentada por microempresa ou empresa de pequeno porte.

## 10. DA FASE DE JULGAMENTO

**10.1.** Encerrada a etapa de negociação, a Pregoeira verificará se o licitante provisoriamente classificado em primeiro lugar atende às condições de participação no certame, conforme previsto no art. 14 da Lei nº 14.133, de 2021, especialmente quanto à inexistência de sanção que impeça a participação no certame ou a futura contratação, mediante consulta aos seguintes cadastros:

**10.1.1.** Cadastros do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo - (<https://www.tce.sp.gov.br/pesquisa-relacao-apeados>);

**10.1.2.** Cadastros do Tribunal de Contas da União - (<https://certidoes-apf.apps.tcu.gov.br/>); e

**10.1.3.** Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados de Órgãos e Entidades Estaduais ([https://www.fazenda.sp.gov.br/cadin\\_estadual/pages/publ/cadin.aspx](https://www.fazenda.sp.gov.br/cadin_estadual/pages/publ/cadin.aspx)).

**10.2.** As pesquisas serão realizadas em nome da pessoa jurídica, bem como de seus administradores e sócios com poderes de administração.

**10.3.** A pregoeira poderá consultar outros sítios oficiais de órgãos e entidades emissores de certidões, para verificar as condições de habilitação dos licitantes.

**10.4.** Caso conste na consulta de situação do licitante a existência de ocorrências impeditivas indiretas, a Pregoeira diligenciará para verificar se houve fraude ou tentativa de burla ao caráter competitivo do certame.

**10.4.1.** A verificação de que trata o item anterior poderá ocorrer, entre outros meios, por meio da análise de vínculos societários, linhas de fornecimento similares ou indícios de atuação coordenada.

**10.5.** O licitante será convocado para manifestação previamente a uma eventual desclassificação.

**10.6.** Constatada a existência de sanção, o licitante será reputado inabilitado, por falta de condição de participação.

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novaes/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

**10.7.** Caso o licitante classificado provisoriamente em primeiro lugar tenha utilizado tratamento favorecido às ME/EPPs ou margem de preferência, a Pregoeira verificará se faz jus ao benefício, promovendo a reclassificando das propostas caso não haja comprovação.

**10.8.** Verificadas as condições de participação e a regularidade do tratamento favorecido, a Pregoeira examinará a proposta classificada em primeiro lugar quanto à adequação ao objeto licitado e à compatibilidade do preço em relação ao valor estimado ou ao preço máximo definido para a contratação.

**10.9.** Nos termos do art. 59 da Lei nº 14.133, de 01 de abril de 2021, serão desclassificadas as propostas que:

**10.9.1.** contiverem vícios insanáveis;

**10.9.2.** não obedecerem às especificações técnicas pormenorizadas no edital;

**10.9.3.** apresentarem preços inexequíveis ou permanecerem acima do orçamento estimado para a contratação;

**10.9.4.** não tiverem sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração;

**10.9.5.** apresentarem desconformidade com quaisquer outras exigências do edital, desde que insanável.;

**10.9.6.** não cumprirem os critérios de aceitabilidade de preços definidos no termo de referência.

**10.10.** No caso de bens e serviços em geral, é indício de inexequibilidade das propostas valores inferiores a 50% (cinquenta por cento) do valor orçado pela Administração.

**10.11.** A inexequibilidade, na hipótese de que trata o item anterior, só será considerada após diligência da Pregoeira, que comprove:

**10.11.1.** Que o custo do licitante ultrapassa o valor da proposta; e

**10.11.2.** Inexistirem custos de oportunidade capazes de justificar o vulto da oferta.

**10.12.** Se houver indícios de inexequibilidade da proposta de preço, ou em caso da necessidade de esclarecimentos complementares, poderão ser efetuadas diligências, para que o licitante comprove a exequibilidade da proposta.

**10.12.1.** As diligências destinadas à complementação de documentos, à prestação de esclarecimentos ou à comprovação da exequibilidade da proposta deverão ser **atendidas pelo licitante no prazo máximo de 02 (duas) horas**, contadas da convocação da Pregoeira no sistema eletrônico, sob pena de desclassificação.

**10.12.2.** O prazo previsto no item anterior poderá ser prorrogado, a critério da Pregoeira,

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

mediante justificativa apresentada pelo licitante e aceita pela Administração

**10.13.** Erros no preenchimento da planilha não constituem motivo para a desclassificação da proposta. A planilha poderá ser ajustada pelo licitante, no prazo indicado pelo sistema, desde que não haja majoração do preço e que se comprove que este é o bastante para arcar com todos os custos da contratação.

**10.13.1.** O ajuste de que trata este dispositivo se limita a sanar erros ou falhas que não alterem a substância das propostas.

**10.14.** Para fins de análise da proposta quanto ao cumprimento das especificações do objeto, poderá ser colhida a manifestação escrita do setor requisitante dos bens ou da área especializada no objeto.

**10.15.** Caso o Termo de Referência exija a apresentação de carta de solidariedade emitida pelo fabricante, que assegure a execução do Contrato, no caso de licitante revendedor ou distribuidor, o licitante classificado em primeiro lugar deverá apresentá-la, sob pena de não aceitação da proposta.

**10.16.** Caso o Termo de Referência exija a apresentação de amostra, o licitante classificado em primeiro lugar deverá apresentá-la, conforme disciplinado no Termo de Referência, sob pena de não aceitação da proposta.

**10.17.** Por meio de mensagem no sistema, será divulgado o local e horário de realização do procedimento para a avaliação das amostras, cuja presença será facultada a todos os interessados, incluindo os demais licitantes.

**10.18.** Os resultados das avaliações serão divulgados por meio de mensagem no sistema.

**10.19.** No caso de não haver entrega da amostra ou ocorrer atraso na entrega, sem justificativa aceita pela Pregoeira, ou havendo entrega de amostra fora das especificações previstas neste Edital, a proposta do licitante será recusada.

**10.20.** Se a(s) amostra(s) apresentada(s) pelo primeiro classificado não for(em) aceita(s), a Pregoeira analisará a aceitabilidade da proposta ou lance ofertado pelo 2º (segundo) classificado. Seguir-se-á com a verificação da(s) amostra(s) e, assim, sucessivamente, até a verificação de uma que atenda às especificações constantes no Termo de Referência.

## **11. DA FASE DE HABILITAÇÃO**

**11.1.** Os documentos previstos neste edital, necessários e suficientes para demonstrar a capacidade do licitante de executar o objeto da licitação, nos termos dos arts. 62 a 70 da Lei nº 14.133, de 2021, serão exigidos para fins de habilitação e deverão ser ANEXADOS NA PLATAFORMA ELETRÔNICA ANTES DA REALIZAÇÃO DA SESSÃO PÚBLICA.

**11.1.1. Justificativa:** A exigência de inserção prévia dos documentos de habilitação na plataforma tem por finalidade garantir maior celeridade ao processo licitatório. Dessa forma, caso o licitante inicialmente classificado seja desclassificado ou inabilitado, a Administração

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

poderá analisar imediatamente a documentação do licitante subsequente, evitando interrupções no andamento do certame, proporcionando maior agilidade e avanço nas fase da licitação.

## **11.2. Habilitação jurídica**

**11.2.1.** O licitante deverá comprovar a existência jurídica da pessoa e a autorização para o exercício da atividade a ser contratada, quando o caso, por meio dos seguintes documentos: Registro comercial, no caso de empresário individual; ou ato constitutivo, estatuto ou Contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores e alterações ou da consolidação respectiva.

## **11.3. Habilitação fiscal, social e trabalhista**

**11.3.1.** A habilitação fiscal, social e trabalhista será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ).
- b) Prova de Inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual - Inscrição Estadual, se houver, ou Municipal, relativa à sede da empresa licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto do Edital.
- c) Regularidade perante a Fazenda Federal, Estadual e Municipal do domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto do certame.
- d) Regularidade relativa à Seguridade Social e ao FGTS, que demonstre cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei.
- e) Regularidade perante a Justiça do Trabalho (certidão negativa de débitos trabalhistas).

## **11.4. Habilitação econômica - financeira**

**11.4.1.** Certidão negativa de feitos sobre falência expedida pelo distribuidor da sede do licitante( art. 69, II da Lei nº 14.133, de 01 de abril de 2021).

**11.4.2. Justificativa para exigência de habilitação econômico – financeira:** A exigência da certidão negativa de falência e concordata tem como objetivo comprovar a idoneidade econômico-financeira do licitante, prevenindo a contratação de empresas em situação de insolvência que possam comprometer a execução do Contrato. Tal exigência configura medida razoável e proporcional para mitigar riscos à Administração Pública e garantir a continuidade e segurança na execução contratual.

**OBS: Na falta de validade expressa nos documentos de habilitação fiscal, social, trabalhista e econômico – financeira ter-se-ão como válidos pelo prazo de 90 (noventa) dias de sua emissão.**

## **11.5. Declarações**

- a) O licitante deverá apresentar a Declaração Única, nos termos do Anexo V deste Edital.

**11.6.** O licitante que deixar de apresentar a documentação exigida neste item ou não atender às solicitações de diligência no prazo concedido será inabilitado, sem prejuízo da aplicação das sanções previstas neste Edital.

**11.7.** Somente será exigida a apresentação de documentos originais não digitalizados quando

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novaes/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAES

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

houver dúvida quanto à integridade do documento eletrônico ou quando a lei expressamente o exigir.

**11.8.** Os documentos encaminhados para fins de habilitação deverão estar em nome do licitante, com indicação do número de inscrição no CNPJ.

**11.9.** Em se tratando de filial, os documentos relativos à habilitação jurídica e à regularidade fiscal deverão estar em nome da filial, exceto aqueles que, pela sua própria natureza, sejam emitidos exclusivamente em nome da matriz.

**11.10.** Encerrada a fase de julgamento das propostas, a Pregoeira procederá à análise das condições de habilitação exclusivamente do licitante provisoriamente classificado em primeiro lugar.

**11.11.** Em caráter de diligência, a Pregoeira poderá, a qualquer tempo, solicitar esclarecimentos, documentos complementares, bem como promover correções ou o saneamento de falhas ou omissões na documentação apresentada, desde que não impliquem alteração da substância da proposta ou dos documentos e que se refiram a fatos existentes à época da abertura do certame.

**11.12.** Na análise dos documentos de habilitação, a Pregoeira poderá sanar erros ou falhas formais que não alterem a validade jurídica dos documentos, mediante decisão fundamentada, registrada em ata e acessível a todos os licitantes.

**11.13.** Tratando-se de microempresa ou empresa de pequeno porte, havendo restrição na comprovação da regularidade fiscal e trabalhista, será assegurado o prazo de 05 (cinco) dias úteis, cujo termo inicial corresponderá ao momento em que o proponente for declarado vencedor do certame, prorrogável por igual período, a critério da Administração, para a regularização da documentação, pagamento ou parcelamento do débito, ou emissão de certidões negativas ou positivas com efeito de negativa.

**11.14.** A não regularização da documentação, no prazo previsto no subitem anterior, implicará a decadência do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas neste Edital, e facultará a pregoeira convocar os licitantes remanescentes, na ordem de classificação.

**11.15.** Caso o licitante provisoriamente vencedor não comprove as condições de habilitação consignadas no edital ou se recuse, injustificadamente, a assinar o/a Contrato/Ata de Registro de Preços, sem prejuízo da aplicação das sanções previstas neste Edital, será facultado à Administração convocar os licitantes remanescentes, na ordem de classificação, para a celebração do(a) Contrato/Ata de Registro de Preços nas condições propostas pelo licitante vencedor, após comprovados os requisitos para habilitação e analisada a proposta e eventuais documentos complementares.

**11.16.** Para a assinatura do Contrato ou da Ata de Registro de Preços, será exigida a comprovação da manutenção das condições de habilitação consignadas neste Edital, as quais deverão ser mantidas durante toda a vigência contratual.

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novaes/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

**11.17.** Na hipótese de nenhum dos licitantes aceitar a contratação nos termos do item 11.15. a Administração, observados o valor estimado e sua eventual atualização nos termos do edital, poderá:

- a) Convocar os licitantes remanescentes para negociação, na ordem de classificação, com vistas à obtenção de preço melhor, mesmo que acima do preço do adjudicatário;
- b) Adjudicar e celebrar o/a Contrato/Ata de Registro de Preços nas condições ofertadas pelos licitantes remanescentes, atendida a ordem classificatória, quando frustrada a negociação de melhor condição.

## **12. DO TERMO DE CONTRATO**

**12.1.** Após a homologação e adjudicação, caso se conclua pela contratação, será firmado termo de Contrato, ou outro instrumento equivalente.

**12.2.** O adjudicatário terá o prazo de 05(cinco) dias úteis, contados a partir da data de sua convocação, para assinar o termo de Contrato ou instrumento equivalente, sob pena de decair o direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas neste Edital.

**12.3.** Alternativamente à convocação para comparecer perante o órgão ou entidade para a assinatura do Termo de Contrato ou instrumento equivalente, a Administração poderá: a) encaminhá-lo para assinatura, mediante correspondência postal com aviso de recebimento (AR), para que seja assinado e devolvido no prazo de 05(cinco) dias úteis, a contar da data de seu recebimento; b) outro meio eletrônico, assegurado o prazo de 05(cinco) dias úteis para devolução.

**12.4.** O Aceite da Nota de Empenho ou do instrumento equivalente, emitida ao fornecedor adjudicado, implica o reconhecimento de que:

**12.4.1.** referida Nota está substituindo o Contrato, aplicando-se à relação de negócios ali estabelecida as disposições da Lei nº 14.133, de 2021;

**12.4.2.** a contratada se vincula à sua proposta e às previsões contidas neste Edital;

**12.4.3.** a contratada reconhece que as hipóteses de rescisão são aquelas previstas nos arts. 137 e 138 da Lei nº 14.133, de 2021 e reconhece os direitos da Administração previstos nos arts. 137 a 139 da mesma Lei.

**12.5.** Os prazos dos itens 12.2 e 12.3 poderão ser prorrogados, por igual período, por solicitação justificada do adjudicatário e aceita pela Administração.

**12.6.** O prazo de vigência da contratação é o estabelecido no Termo de Referência.

**12.7. A DECLARAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL** do Representante Legal da empresa responsável pela assinatura do ajuste, emitida no Sistema do Cadastro Corporativo (CadTCESP), disponível no Portal de Sistemas do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, adequado às novas disposições da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), será exigida

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novaes/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

nesta ocasião, caso esta ainda não tenha sido apresentada.

## 13. DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

**13.1.** Homologado o resultado da licitação, o licitante mais bem classificado terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados a partir da data de sua convocação, para assinar a Ata de Registro de Preços, cujo prazo de validade encontra-se nela fixado, sob pena de decadência do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas na Lei nº 14.133/2021.

**13.2.** O prazo de convocação poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, mediante solicitação do licitante mais bem classificado ou do fornecedor convocado, desde que:

- a) a solicitação seja devidamente justificada e apresentada dentro do prazo; e
- b) a justificativa apresentada seja aceita pela Administração.

**13.3.** A Ata de Registro de Preços será assinada por meio de assinatura digital ou física e disponibilizada no portal de transparência – Licitações e Contratos do Município.

**13.4.** Serão formalizadas tantas Atas de Registro de Preços quantas forem necessárias para o registro de todos os itens constantes no Termo de Referência, com a indicação do licitante vencedor, a descrição do(s) item(ns), as respectivas quantidades, preços registrados e demais condições.

**13.5.** A existência de preços registrados implicará compromisso de fornecimento nas condições estabelecidas, mas não obrigará a Administração a contratar, facultada a realização de licitação específica para a aquisição pretendida, desde que devidamente justificada.

**13.6.** Na hipótese de o convocado não assinar a Ata de Registro de Preços no prazo e nas condições estabelecidas, fica facultado à Administração convocar os licitantes remanescentes do cadastro de reserva, na ordem de classificação, para fazê-lo em igual prazo e nas condições propostas pelo primeiro classificado.

**13.7.** O prazo de vigência da Ata de Registro de Preços será de 1 (um) ano e poderá ser prorrogado, por igual período, desde que comprovado o preço vantajoso.

**13.8.** Em caso de prorrogação da ata, poderá ser renovado o quantitativo originalmente registrado.

**13.9.** A DECLARAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL do Representante Legal da empresa responsável pela assinatura do ajuste, emitida no Sistema do Cadastro Corporativo (CadTCESP), disponível no Portal de Sistemas do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, adequado às novas disposições da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), será exigida nesta ocasião, caso esta ainda não tenha sido apresentada.

## 14. DA FORMAÇÃO DO CADASTRO DE RESERVA

**14.1.** Encerrada a fase competitiva do pregão, as empresas interessadas em compor o cadastro reserva deverão indicar essa opção em campo próprio do sistema eletrônico, o registro se dará:

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novaes/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

**14.1.1.** Dos licitantes que aceitarem cotar o objeto com preço igual ao do adjudicatário, observada a classificação na licitação; e

**14.1.2.** Dos licitantes que mantiverem sua proposta original.

**14.2.** Será respeitada, nas contratações, a ordem de classificação dos licitantes ou fornecedores registrados na ata.

**14.2.1.** A apresentação de novas propostas na forma deste item não prejudicará o resultado do certame em relação ao licitante mais bem classificado.

**14.2.2.** Para fins da ordem de classificação, os licitantes ou fornecedores que aceitarem cotar o objeto com preço igual ao do adjudicatário antecederão aqueles que mantiverem sua proposta original.

**14.3.** A habilitação dos licitantes que comporão o cadastro de reserva será efetuada quando houver necessidade de contratação dos licitantes remanescentes, nas seguintes hipóteses:

**14.3.1.** Quando o licitante vencedor não assinar a Ata de Registro de Preços no prazo e nas condições estabelecidos no edital; ou

**14.3.2.** Quando houver o cancelamento do registro do fornecedor ou do registro de preços.

**14.4.** Na hipótese de nenhum dos licitantes, que aceitaram cotar o objeto com preço igual ao do adjudicatário, concordar com a contratação nos termos em igual prazo e nas condições propostas pelo primeiro classificado, a Administração, observados o valor estimado e a sua eventual atualização na forma prevista no edital, poderá:

**14.4.1.** Convocar os licitantes que mantiveram sua proposta original para negociação, na ordem de classificação, com vistas à obtenção de preço melhor, mesmo que acima do preço do adjudicatário; ou

**14.4.2.** Adjudicar e firmar a Ata de Registro de Preços nas condições ofertadas pelos licitantes remanescentes, observada a ordem de classificação, quando frustrada a negociação de melhor condição.

## 15. DO RECURSO

**15.1.** A interposição de recurso referente ao julgamento das propostas, à habilitação ou inabilitação de licitantes, à anulação ou revogação da licitação, observará o disposto no art. 165 da Lei nº 14.133, de 2021.

**15.2.** O prazo recursal é de 3 (três) dias úteis, contados da data de intimação ou de lavratura da ata.

**15.3.** Quando o recurso apresentado impugnar o julgamento das propostas ou o ato de habilitação ou inabilitação do licitante:

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novaes/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

**15.3.1.** a intenção de recorrer deverá ser manifestada imediatamente, sob pena de preclusão;

**15.3.2.** o prazo para a manifestação da intenção de recorrer não será inferior a 15 (quinze) minutos;

**15.3.3.** o prazo para apresentação das razões recursais será iniciado na data de intimação ou de lavratura da ata de habilitação ou inabilitação.

**15.4.** Os recursos deverão ser encaminhados em campo próprio do sistema.

**15.5.** O recurso será dirigido à autoridade que tiver editado o ato ou proferido a decisão recorrida, a qual poderá reconsiderar sua decisão no prazo de 3 (três) dias úteis, ou, nesse mesmo prazo, encaminhar recurso para a autoridade superior, a qual deverá proferir sua decisão no prazo de 10 (dez) dias úteis, contado do recebimento dos autos.

**15.6.** Os recursos interpostos fora do prazo não serão conhecidos.

**15.7.** O prazo para apresentação de contrarrazões ao recurso pelos demais licitantes será de 3 (três) dias úteis, contados do término do prazo do recorrente, devendo as contrarrazões ser apresentadas exclusivamente por meio do sistema eletrônico.

**15.8.** O recurso e o pedido de reconsideração terão efeito suspensivo do ato ou da decisão recorrida até que sobrevenha decisão final da autoridade competente.

**15.9.** O acolhimento do recurso invalida tão somente os atos insuscetíveis de aproveitamento.

**15.10.** Os autos do processo permanecerão com vista franqueada aos interessados no endereço – Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-007, na Cidade de Novais. Estado de São Paulo e na plataforma BNC.

## **16. DA ADJUDICAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO**

**16.1.** Encerradas as fases de julgamento e habilitação, e exauridos os recursos administrativos, o processo licitatório será encaminhado à autoridade competente para adjudicação do objeto e homologação do certame, observado o disposto no art. 71 da Lei nº 14.133, de 01 de abril de 2021.

**16.2.** A homologação do resultado desta licitação não implicará direito à contratação.

## **17. DA REVOGAÇÃO E ANULAÇÃO**

**17.1.** A autoridade competente poderá revogar a licitação por motivo de conveniência e oportunidade resultante de fato superveniente devidamente comprovado e deverá anulá-la, de ofício ou mediante provocação de terceiros, por ilegalidade insanável.

**17.2.** Os licitantes não terão direito à indenização em decorrência da anulação do procedimento licitatório, ressalvado o direito do Contratado de boa-fé ao ressarcimento dos encargos que tiver suportado no cumprimento do Contrato.

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

## **18. DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL E DO PEDIDO DE ESCLARECIMENTO**

**18.1.** Qualquer pessoa é parte legítima para impugnar este Edital por irregularidade na aplicação da Lei nº 14.133, de 2021, devendo encaminhar o pedido até 3 (três) dias úteis antes da data da abertura do certame.

**18.2.** A resposta à impugnação ou ao pedido de esclarecimento será no prazo de até 3 (três) dias úteis, limitado ao último dia útil anterior à data da abertura do certame.

**18.3.** A impugnação e o pedido de esclarecimento poderão ser realizados por forma eletrônica, pelos seguintes meios: na plataforma BNC e no endereço de e-mail: [secretaria2@novais.sp.gov.br](mailto:secretaria2@novais.sp.gov.br).

**18.4.** As impugnações e pedidos de esclarecimentos não suspendem os prazos previstos no certame.

**18.5.** A concessão de efeito suspensivo à impugnação é medida excepcional e deverá ser motivada pela Pregoeira, nos autos do processo de licitação.

**18.6.** Acolhida a impugnação, será definida e publicada nova data para a realização do certame.

**18.7.** A participação no certame, sem que tenha sido tempestivamente impugnado o presente Edital, implicará a plena aceitação, por parte dos interessados, das condições nele estabelecidas.

## **19. DAS INFRAÇÕES ADMINISTRATIVAS E SANÇÕES**

**19.1.** Comete infração administrativa, nos termos da lei, o licitante que, com dolo ou culpa:

**19.1.1.** deixar de entregar a documentação exigida para o certame ou não entregar qualquer documento que tenha sido solicitado pela Pregoeira durante o certame;

**19.1.2.** salvo em decorrência de fato superveniente devidamente justificado, não mantiver a proposta em especial quando:

**19.1.2.1.** não enviar a proposta adequada ao último lance ofertado ou após a negociação, quando solicitada;

**19.1.2.2.** recusar-se a enviar o detalhamento da proposta quando exigível;

**19.1.2.3.** pedir para ser desclassificado quando encerrada a etapa competitiva;

**19.1.2.4.** deixar de apresentar amostra;

**19.1.2.5.** apresentar proposta ou amostra em desacordo com as especificações do edital.

**19.1.3.** não celebrar o Contrato ou não entregar a documentação exigida para a contratação, quando convocado dentro do prazo de validade de sua proposta;

**19.1.4.** recusar-se, sem justificativa, a assinar o Contrato ou a ata de registro de preço, ou a

**Fone (17) 3561-8780**

**Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP**

**[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)**



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

aceitar ou retirar o instrumento equivalente no prazo estabelecido pela Administração;

**19.1.5.** apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o certame ou prestar declaração falsa durante a licitação;

**19.1.6.** fraudar a licitação;

**19.1.7.** comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza, em especial quando:

**19.1.7.1.** agir em conluio ou em desconformidade com a lei;

**19.1.7.2.** induzir deliberadamente a erro no julgamento;

**19.1.7.3.** apresentar amostra falsificada ou deteriorada.

**19.1.8.** praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos da licitação;

**19.1.9.** praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei nº 12.846, de 2013.

**19.2.** Com fulcro na Lei nº 14.133, de 2021, a Administração poderá, após regular processo administrativo, garantida a prévia defesa, aplicar aos licitantes e/ou adjudicatários as seguintes sanções, sem prejuízo das responsabilidades civil e criminal:

**19.2.1.** advertência;

**19.2.2.** multa;

**19.2.3.** impedimento de licitar e contratar e

**19.2.4.** declaração de inidoneidade para licitar ou contratar, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida sua reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

**19.3.** Na aplicação das sanções serão considerados:

**19.3.1.** a natureza e a gravidade da infração cometida;

**19.3.2.** as peculiaridades do caso concreto;

**19.3.3.** as circunstâncias agravantes ou atenuantes;

**19.3.4.** os danos que dela provierem para a Administração Pública;

**19.3.5.** a implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.

**19.4.** A multa será recolhida no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis, a contar da comunicação oficial.

**Fone (17) 3561-8780**

**Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP**

**[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)**





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

**19.4.1.** Para as infrações previstas nos itens 19.1.1, 19.1.2. e 19.1.3., a multa será de 0,5% a 30% do valor do Contrato licitado.

**19.4.2.** Para as infrações previstas nos itens 19.1.4, 19.1.5, 19.1.6, 19.1.7, 19.1.8 e 19.1.9, a multa será de 0,5% a 30% do valor do Contrato licitado.

**19.5.** As sanções de advertência, impedimento de licitar e contratar e declaração de inidoneidade para licitar ou contratar poderão ser aplicadas, cumulativamente ou não, à penalidade de multa.

**19.6.** Na aplicação da sanção de multa será facultada a defesa do interessado no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação.

**19.7.** A sanção de impedimento de licitar e contratar será aplicada ao responsável em decorrência das infrações administrativas relacionadas nos itens 19.1.1, 19.1.2, 19.1.3 e 19.1.4, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave, e impedirá o responsável de licitar e contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta do ente federativo a qual pertencer o órgão ou entidade, pelo prazo máximo de 3 (três) anos.

**19.8.** Poderá ser aplicada ao responsável a sanção de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar, em decorrência da prática das infrações dispostas nos itens 19.1.5, 19.1.6, 19.1.7, 19.1.8, 19.1.9, bem como pelas infrações administrativas previstas nos itens 19.1.1, 19.1.2, 19.1.3, 19.1.4 que justifiquem a imposição de penalidade mais grave que a sanção de impedimento de licitar e contratar, cuja duração observará o prazo previsto no art. 156, §5º, da Lei nº 14.133, de 2021.

**19.9.** A recusa injustificada do adjudicatário em assinar o Contrato ou a ata de registro de preço, ou em aceitar ou retirar o instrumento equivalente no prazo estabelecido pela Administração, descrita no item 12.2 e 13.1, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida e o sujeitará às penalidades.

**19.10.** A apuração de responsabilidade relacionadas às sanções de impedimento de licitar e contratar e de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar demandará a instauração de processo de responsabilização a ser conduzido por comissão composta por 2 (dois) ou mais servidores estáveis, que avaliará fatos e circunstâncias conhecidos e intimará o licitante ou o adjudicatário para, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação, apresentar defesa escrita e especificar as provas que pretenda produzir.

**19.11.** Caberá recurso no prazo de 15 (quinze) dias úteis da aplicação das sanções de advertência, multa e impedimento de licitar e contratar, contado da data da intimação, o qual será dirigido à autoridade que tiver proferido a decisão recorrida, que, se não a reconsiderar no prazo de 5 (cinco) dias úteis, encaminhará o recurso com sua motivação à autoridade superior, que deverá proferir sua decisão no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, contado do recebimento dos autos.

**19.12.** Caberá a apresentação de pedido de reconsideração da aplicação da sanção de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novaes/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

da data da intimação, e decidido no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, contado do seu recebimento.

**19.13.** O recurso e o pedido de reconsideração terão efeito suspensivo do ato ou da decisão recorrida até que sobrevenha decisão final da autoridade competente.

**19.14.** A aplicação das sanções previstas neste edital não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral dos danos causados.

**19.15.** Para a garantia da ampla defesa e contraditório dos licitantes, as notificações serão enviadas eletronicamente para os endereços de e-mail informados na proposta comercial.

**19.15.1.** Os endereços de e-mail informados na proposta comercial serão considerados de uso contínuo da empresa, não cabendo alegação de desconhecimento das comunicações a eles comprovadamente enviadas, sendo de inteira responsabilidade da empresa licitante mantê-los atualizados junto a esta administração pública, durante todo o certame e a vigência contratual.

## **20. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**20.1.** As normas disciplinadoras da licitação serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, desde que não comprometam o interesse da Administração, o princípio da isonomia, a finalidade e a segurança da contratação.

**20.2.** O desatendimento de exigências formais não essenciais não importará o afastamento do licitante, desde que seja possível o aproveitamento do ato, observados os princípios da isonomia e do interesse público.

**20.3.** O extrato de resultado da licitação, o termo de homologação, a convocação para assinatura do Contrato e/ou da Ata de Registro de Preços, bem como demais atos necessários à formalização da contratação, serão publicados no Diário Oficial do Município, cabendo ao adjudicatário/licitante acompanhar as publicações, não sendo admitida alegação de desconhecimento das mesmas.

**20.4.** Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e seus Anexos, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento. Só se iniciam e vencem os prazos em dias de expediente na Administração.

**20.5.** Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização do certame na data marcada, a sessão será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo horário anteriormente estabelecido, desde que não haja comunicação em contrário, pela Pregoeira.

**20.6.** Este Pregão poderá ter a data de abertura da sessão pública transferida por conveniência do Município de Novais, sem prejuízo do disposto no art. 55, da Lei nº 14.133, de 01 de abril de 2021.

**20.7.** Todas as referências de tempo no Edital, no aviso e durante a sessão pública observarão o horário de Brasília - DF.

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

**20.8.** Os licitantes assumem todos os custos de preparação e apresentação de suas propostas e a Administração não será, em nenhum caso, responsável por esses custos, independentemente da condução ou do resultado do processo licitatório.

**20.9.** Havendo divergência entre a descrição do objeto constante do Edital e de seus anexos e a descrição constante no sistema eletrônico da Plataforma BNC ([www.bnc.org.br](http://www.bnc.org.br)), prevalecerá sempre a constante do presente instrumento convocatório.

**20.10.** São partes integrantes deste Edital o Anexo I – Termo De Referência, Anexo II – Especificações Técnicas, Anexo III – Estimativa De Preços, Anexo IV – Modelo Proposta de Preços, Anexo V - Modelo de Declaração Única, Anexo VI - Aplicação da Lei Complementar nº 123/2006, Anexo VII - Modelo de Declaração de Exequibilidade, Anexo VIII – Modelo de Procuração, Anexo IX – Minuta da Ata de Registro de Preços e Anexo X - Minuta do Termo de Contrato.

## **21. DO FORO**

**21.1.** Fica eleito o Foro da Comarca de Tabapuã para dirimir eventuais controvérsias relativas ao presente Pregão.

Município de Novais/SP, 19 de agosto de 2026.

**PAULO CESAR DIAS PINHEIRO**

Prefeito Municipal

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

## ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA

### 1. Condições gerais da contratação

**1.2. Registro de preços para eventual aquisição parcelada de Medicamentos Éticos, Genéricos ou Similares**, cujos manuais de boas práticas sejam aprovados pela ANVISA e sua comercialização seja devidamente autorizada pelo Ministério da Saúde, destinados à manutenção das atividades da Farmácia Municipal de Novais, pelo período de 12(doze) meses, conforme especificações constantes no ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA.

**1.3.** O objeto desta contratação é caracterizado como comum, conforme se observa no Anexo II – Especificação Técnicas, pois se enquadra na definição do art. 6º, XIII e XLI da Lei nº 14.133/2021, ou seja, são bens cujos padrões de desempenho e qualidade podem ser objetivamente definidos pelo edital, por meio de especificações usuais de mercado.

**1.4.** O prazo da vigência da Ata de Registro de Preços será de 1 (um) ano e poderá ser prorrogado, por igual período, desde que comprovado o preço vantajoso, a contar do início de sua assinatura, sendo o prazo máximo de entrega de **07 (sete) dias úteis**, contados a partir da Autorização de Fornecimento (AF).

**1.5.** As minutas da Ata de Registro de Preços e do Contrato oferecerá maior detalhamento das regras que serão aplicadas em relação à vigência da contratação.

**1.6.** Das quantidades estimadas - As quantidades totais estimadas são:

| ITEM | QUANT | UNIDADE    | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                    |
|------|-------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.   | 300   | FRASCO     | <b>ACEBROFILINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG/5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: XAROPÉ – FRASCO 120 ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                             |
| 2.   | 300   | FRASCO     | <b>ACEBROFILINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG/5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: XAROPÉ – FRASCO 120 ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                             |
| 3.   | 300   | BISNAGA    | <b>ACETATO DE HIDROCORTISONA + LIDOCAÍNA BASE + SUBGALATO DE BISMUTO + ÓXIDO DE ZINCO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0.5% + 2,0 % 2,0% 10,0%.</b> FORMA FARMACÊUTICA: BISNAGA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |
| 4.   | 500   | FRASCO     | <b>ACETILCISTEÍNA 40MG/ML 120ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                  |
| 5.   | 400   | FRASCO     | <b>ACETILCISTEÍNA, 20MG/ML 120ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                 |
| 6.   | 3.000 | SACHE      | <b>ACETILCISTEÍNA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 600MG/5G.</b> FORMA FARMACÊUTICA: PÓ SUSPENSÃO ORAL. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                |
| 7.   | 250   | BISNAGA    | <b>ACICLOVIR CREME 50MG/G. BISNAGA COM 10G.</b> FORMA FARMACÊUTICA: BISNAGA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                           |
| 8.   | 4000  | COMPRIMIDO | <b>ACICLOVIR. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 200MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. FORMA DE APRESENTAÇÃO EM COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL; CAIXA HOSPITALAR.                         |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|     |        |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----|--------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9.  | 6000   | COMPRIMIDO | <b>ACICLOVIR. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 400MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. FORMA DE APRESENTAÇÃO EM COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL; CAIXA HOSPITALAR.                                                                                              |
| 10. | 20.000 | COMPRIMIDO | <b>ÁCIDO ACETILSALICÍLICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. FORMA DE APRESENTAÇÃO EM COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL; CAIXA HOSPITALAR.                                                                                 |
| 11. | 2.500  | AMPOLA     | <b>ÁCIDO ASCÓRBICO 1G/5ML. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 1G/5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL. FORMA DE APRESENTAÇÃO EM INJETÁVEL: 5ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. INJETÁVEL.                                                                                              |
| 12. | 15.000 | COMPRIMIDO | <b>ÁCIDO FÓLICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL; CAIXA HOSPITALAR.                                                                                                                                  |
| 13. | 4.000  | COMPRIMIDO | <b>ÁCIDO TRANEXÂMICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                     |
| 14. | 500    | AMPOLA     | <b>ÁCIDO TRANEXÂMICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                                                                                        |
| 15. | 24.000 | COMPRIMIDO | <b>ÁCIDO VALPRÓICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDOS REVESTIDOS. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                   |
| 16. | 150    | FRASCO     | <b>ÁCIDO VALPRÓICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250MG/5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE/SOLUÇÃO ORAL. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL. FRASCO 100 ML.                                                                                                                  |
| 17. | 250    | AMPOLA     | <b>ADENOSINA 3 MG/ML - AMPOLA DE 2 ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 3MG/ML, 2 ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                            |
| 18. | 2.000  | COMPRIMIDO | <b>ALBENDAZOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 400MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDOS. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL. CAIXA HOSPITALAR.                                                                                                                                |
| 19. | 1.500  | FRASCO     | <b>ALBENDAZOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 400MG/10ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL 10 ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                    |
| 20. | 1.000  | COMPRIMIDO | <b>ALENDRONATO DE SÓDIO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 70 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                         |
| 21. | 250    | AMPOLA     | <b>ALGESTONA ACETOFENIDA 150MG/ML + ENANTATO DE ESTRADIOL 10MG/ML. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: ALGESTONA ACETOFENIDA 150MG/ML + ENANTATO DE ESTRADIOL 10MG/M.</b> FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL. FORMA DE APRESENTAÇÃO: AMPOLA DE 1ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. INJETÁVEL. |
| 22. | 1.500  | COMPRIMIDO | <b>ALOGLIPTINA + PIOGLITAZONA 25/15MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 25/15MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                             |
| 23. | 1.500  | COMPRIMIDO | <b>ALOGLIPTINA + PIOGLITAZONA 25/30MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 25/30MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                             |
| 24. | 10.000 | COMPRIMIDO | <b>ALOPURINOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 300MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                   |
| 25. | 10.000 | COMPRIMIDO | <b>ALPRAZOLAM 1MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                       |
| 26. | 500    | FRASCO     | <b>AMBROXOL, CLORIDRATO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 3 MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE – FRASCO 100ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                            |
| 27. | 500    | FRASCO     | <b>AMBROXOL, CLORIDRATO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 6MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE – FRASCO 100 ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                            |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|     |        |            |                                                                                                                                                                                                                    |
|-----|--------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 28. | 500    | Ampola     | <b>AMINOFILINA 24MG/ML - AMPOLA DE 10 ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 24MG/ML, 10ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                         |
| 29. | 1.500  | COMPRIMIDO | <b>AMINOFILINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                   |
| 30. | 500    | AMPOLA     | <b>AMIODARONA 50MG/ML - AMPOLA DE 3 ML IV.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 50MG/ML, 3ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                         |
| 31. | 5.000  | COMPRIMIDO | <b>AMIODARONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 200MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                    |
| 32. | 15.000 | COMPRIMIDO | <b>AMITRIPTILINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                  |
| 33. | 1.500  | FRASCO     | <b>AMOXICILINA + CLAVULANATO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250MG/5ML + 62,5MG/5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                        |
| 34. | 6.000  | COMPRIMIDO | <b>AMOXICILINA + CLAVULANATO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG (AMOXICILINA) + 125MG (CLAVULUNATO).</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL. |
| 35. | 1.500  | FRASCO     | <b>AMOXICILINA 250MG/5ML-</b> FORMA FARMACÊUTICA SUSPENSÃO: FRASCO 150 ML.                                                                                                                                         |
| 36. | 15.000 | CÁPSULA    | <b>AMOXICILINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                      |
| 37. | 500    | CÁPSULA    | <b>AMPICILINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA OU COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                         |
| 38. | 10.000 | COMPRIMIDO | <b>ANLODIPINO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                      |
| 39. | 2.500  | COMPRIMIDO | <b>APIXABAN (ELIQUIS) 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                  |
| 40. | 01     | UNIDADE    | <b>APLICADOR ACCU-CHECK LINK ASSIST(DIABETES MELLITUS TIPO 1) – ORDEM JUDICIAL</b>                                                                                                                                 |
| 41. | 2.000  | COMPRIMIDO | <b>ARIPIRAZOL 10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 10MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                     |
| 42. | 500    | FRASCO     | <b>ARIPIRAZOL 20MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO GOTAS 20MG/ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                            |
| 43. | 500    | COMPRIMIDO | <b>ATENOLOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                       |
| 44. | 500    | COMPRIMIDO | <b>ATENOLOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                       |
| 45. | 5000   | COMPRIMIDO | <b>ATOMOXETINA, CLORIDRATO. (ATENTAH) CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 10MG.</b> (FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                              |
| 46. | 300    | AMPOLA     | <b>ATROPINA 0,25MG 1ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 1ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                     |
| 47. | 5.000  | COMPRIMIDO | <b>AZITROMICINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                  |
| 48. | 1.000  | FRASCO     | <b>AZITROMICINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 900MG; 22,5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                      |
| 49. | 2.000  | COMPRIMIDO | <b>BACLOFENO 10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 10MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                      |
| 50. | 100    | FRASCO     | <b>BECLOMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250MCG FRASCO C/ 200 DOSES.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AEROSOL ORAL – FRASCO COM 200 DOSES.                                                                                   |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|     |        |            |                                                                                                                                                                                                                  |
|-----|--------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |        |            | PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                  |
| 51. | 150    | FRASCO     | <b>BECLOMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MCG FRASCO C/ 200 DOSES.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AEROSSOL ORAL – FRASCO COM 200 DOSES. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL. |
| 52. | 500    | FRASCO     | <b>BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.00U. FRASCO COM 4ML.</b> PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                               |
| 53. | 50     | FRASCO     | <b>BENZOATO DE BENZILA 0,25G/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: EMULSÃO TÓPICA 80ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                 |
| 54. | 8.000  | COMPRIMIDO | <b>BETAISTINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 16MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                             |
| 55. | 15.000 | COMPRIMIDO | <b>BETAISTINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 24MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                             |
| 56. | 3.000  | COMPRIMIDO | <b>BIPERIDENO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                    |
| 57. | 3.000  | COMPRIMIDO | <b>BISACODIL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                     |
| 58. | 2.000  | COMPRIMIDO | <b>BISOPROLOL, HEMIFUMARATO 5MG. (CONCOR).</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                     |
| 59. | 2.000  | COMPRIMIDO | <b>BROMAZEPAM 3MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                        |
| 60. | 3.500  | COMPRIMIDO | <b>BROMAZEPAM 6MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                        |
| 61. | 10.000 | COMPRIMIDO | <b>BROMOPRIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                   |
| 62. | 3.500  | AMPOLA     | <b>BROMOPRIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG/2ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL – 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                            |
| 63. | 1.000  | FRASCO     | <b>BROMOPRIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 4 MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL - GOTAS. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                      |
| 64. | 2.500  | COMPRIMIDO | <b>BUCLINA 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 25MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                      |
| 65. | 300    | FRASCO     | <b>BUDESONIDA 32MCG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO EM SPRAY NASAL, 120 DOSES, 32 MCG/DOSE, FRASCO 8,5 ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                 |
| 66. | 8.000  | COMPRIMIDO | <b>BUPROPIONA 150MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                      |
| 67. | 1.000  | COMPRIMIDO | <b>CANDESARTANA 16MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 16MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                |
| 68. | 3.000  | COMPRIMIDO | <b>CANDESARTANA 32MG-</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                     |
| 69. | 1.500  | COMPRIMIDO | <b>CANDESARTANA CILEXETILA + HIDROCLOROTIAZIDA 16/12,5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                 |
| 70. | 3.000  | COMPRIMIDO | <b>CAPTOPRIL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                    |
| 71. | 500    | FRASCO     | <b>CARBAMAZEPINA 20MG/ML - 100ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO 100ML. PRAZO DE VALIDADE: DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                        |
| 72. | 17.000 | COMPRIMIDO | <b>CARBAMAZEPINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 200MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                               |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|     |        |            |                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----|--------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 73. | 5.000  | COMPRIMIDO | <b>CARBONATO DE CÁLCIO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                        |
| 74. | 15.000 | COMPRIMIDO | <b>CARBONATO DE LÍTIO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 300MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                         |
| 75. | 5.000  | COMPRIMIDO | <b>CARVEDILOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 12,5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                |
| 76. | 10.000 | COMPRIMIDO | <b>CARVEDILOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                  |
| 77. | 3.000  | COMPRIMIDO | <b>CARVEDILOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 6,25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                |
| 78. | 7.500  | CÁPSULA    | <b>CEFALEXINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                    |
| 79. | 300    | FRASCO     | <b>CEFALEXINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250MG/5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                         |
| 80. | 2.000  | AMPOLA     | <b>CEFTRIAXONA 1 G IM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL 3,5ML; FORMA DE APRESENTAÇÃO: FRASCO AMPOLA + DILUENTE. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. INJETÁVEL.   |
| 81. | 1.000  | AMPOLA     | <b>CEFTRIAXONA 500MG IM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL 3,5ML; FORMA DE APRESENTAÇÃO: FRASCO AMPOLA + DILUENTE. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. INJETÁVEL. |
| 82. | 2.500  | AMPOLA     | <b>CEFTRIAXONA CONCENTRAÇÃO 1G.</b> FORMA FARMACÊUTICA: PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL INTRAVENOSA. UNIDADE DE FORNECIMENTO FRASCO - AMPOLA.                                                                                         |
| 83. | 1.500  | COMPRIMIDO | <b>CETOCONAZOL 200MG-</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 200MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                              |
| 84. | 300    | TUBO       | <b>CETOCONAZOL POMADA.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CREME DERMATOLÓGICO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                          |
| 85. | 1.500  | AMPOLA     | <b>CETOPROFENO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL. (EV) PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                              |
| 86. | 700    | FRASCO     | <b>CETOPROFENO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: GOTAS. FRASCO COM 20 ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                           |
| 87. | 7.000  | COMPRIMIDO | <b>CETOPROFENO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                           |
| 88. | 3.000  | AMPOLA     | <b>CETOPROFENO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL. IM PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                              |
| 89. | 12.000 | COMPRIMIDO | <b>CICLOBENZAPRINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                        |
| 90. | 5.000  | COMPRIMIDO | <b>CILOSTAZOL 50MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 50MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                 |
| 91. | 600    | AMPOLA     | <b>CIMETIDINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 150MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO AMPOLA - 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                               |
| 92. | 5.000  | COMPRIMIDO | <b>CIMETIDINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 200MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                 |
| 93. | 3.500  | COMPRIMIDO | <b>CINARIZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 75MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------|--------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 94.  | 50     | FRASCO     | <b>CIPROFLOXACINO + DEXAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 3MG + 1MG. (CYLOCORT)</b> FORMA FARMACÊUTICA: COLÍRIO – 5ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                      |
| 95.  | 10.000 | COMPRIMIDO | <b>CIPROFLOXACINO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                                                             |
| 96.  | 7.000  | COMPRIMIDO | <b>CITALOPRAM 20MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                                                                   |
| 97.  | 3.000  | COMPRIMIDO | <b>CLINDAMICINA 300MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 300MG. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                                                          |
| 98.  | 8.000  | COMPRIMIDO | <b>CLOMIPRAMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                                                                |
| 99.  | 2.500  | COMPRIMIDO | <b>CLOMIPRAMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 75MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                                                                |
| 100. | 300    | FRASCO     | <b>CLONAZEPAM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2,5MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO GOTAS C/ 20ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                                                    |
| 101. | 20.000 | COMPRIMIDO | <b>CLONAZEPAM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                                                                   |
| 102. | 8.000  | COMPRIMIDO | <b>CLOPIDOGREL 75MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 75MG. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                                                             |
| 103. | 1.000  | FRASCO     | <b>CLORIDRATO DE CIPROEPTADINA + ASSOCIAÇÕES 240ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE/SOLUÇÃO ORAL. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. FRASCO 240ML.                                                                                                                                                                                    |
| 104. | 5.000  | COMPRIMIDO | <b>CLORIDRATO DE ONDANSETRONA 4MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                                                                          |
| 105. | 10.000 | COMPRIMIDO | <b>CLORPROMAZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                                                              |
| 106. | 10.000 | COMPRIMIDO | <b>CLORPROMAZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                                                               |
| 107. | 50     | FRASCO     | <b>CLORPROMAZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 40MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO GOTAS/ FRASCO 20 ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                                           |
| 108. | 1.000  | COMPRIMIDO | <b>CLOZAPINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                                                                   |
| 109. | 7.500  | COMPRIMIDO | <b>CODEÍNA 30MG + PARACETAMOL 500MG. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 30MG/500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                                      |
| 110. | 100    | FRASCO     | <b>COLÍRIO ANESTÉSICO 10MG 10ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COLÍRIO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                                                                 |
| 111. | 1.000  | AMPOLA     | <b>COMPLEXO B + DEXAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: AMPOLA I = 2 ML: VITAMINA B1 100MG + VITAMINA B6 100MG + VITAMINA B12 5000 MCG. AMPOLA II = 1 ML: ACETATO DE DEXAMETASONA 4MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL. FORMA DE APRESENTAÇÃO: AMPOLA I = 2ML E AMPOLA II = 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. INJETÁVEL. |
| 112. | 3.000  | AMPOLA     | <b>COMPLEXO B INJETÁVEL: VITAMINA B1 (CLORIDRATO DE TIAMINA) 100MG VITAMINA B6 (CLORIDRATO DE PIRIDOXINA) 100MG VITAMINA B12 (CIANOCOBALAMINA) 5000MCG E EXCIPIENTE (DIETANOLAMINA) 2ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL, IM. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                   |
| 113. | 12     | CAIXA      | <b>CONTENDO 10 SETS DE INFUSÃO ACCU-CHECK FLEXLINK 08MMX60MB (DIABETES MELLITUS TIPO 1) – ORDEM JUDICIAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 114. | 09     | CAIXA      | <b>CONTENDO 200 LANCETAS ACCU-CHECK FASTCLIX(DIABETES MELLITUS TIPO 1) – ORDEM JUDICIAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 115. | 36     | CAIXA      | <b>CONTENDO 50 TIRAS DE TESTE ACCU-CHECK PERFORMA (DIABETES MELLITUS TIPO 1) – ORDEM JUDICIAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                               |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------|--------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 116. | 500    | COMPRIMIDO | <u>DAPAGLIFLOZINA + CLORIDRATO DE METFORMINA 10MG/1000MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.                                                                                                                                                                                                                                              |
| 117. | 7.000  | COMPRIMIDO | <u>DAPAGLIFLOZINA 10MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                                                  |
| 118. | 1.000  | FRASCO     | <u>DESCLORATADINA 0,5MG/ML. USO PEDIATRICO.</u> FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE/SOLUÇÃO ORAL. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. FRASCO 60ML.                                                                                                                                                                        |
| 119. | 8.000  | COMPRIMIDO | <u>DESVENLAFAXINA 50MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 50MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                                        |
| 120. | 5.000  | COMPRIMIDO | <u>DEXAMETASONA 4MG-</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                                                |
| 121. | 150    | FRASCO     | <u>DEXAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0,1 MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: ELIXIR 100ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                              |
| 122. | 7.000  | AMPOLA     | <u>DEXAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 4MG/1ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO AMPOLA DE 2,5ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                      |
| 123. | 100    | FRASCO     | <u>DEXAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: DEXAMETASONA 0,00005G + HIPROMELOSE 0,005G.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COLÍRIO – 5ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                            |
| 124. | 1.000  | BISNAGA    | <u>DEXAMETASONA.CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1MG/G CREME.</u> FORMA FARMACÊUTICA: CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: BISNAGA 10G. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                        |
| 125. | 1.000  | FRASCO     | <u>DEXCLORFENIRAMINA + BETAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0,4MG/ML+0,05MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE 120ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                 |
| 126. | 500    | FRASCO     | <u>DEXCLORFENIRAMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0,4MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL 100ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                    |
| 127. | 3.000  | COMPRIMIDO | <u>DEXCLORFENIRAMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                 |
| 128. | 6.000  | COMPRIMIDO | <u>DIAZEPAM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                         |
| 129. | 1.500  | AMPOLA     | <u>DIAZEPAM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO AMPOLA – 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                              |
| 130. | 750    | BISNAGA    | <u>DICLOFENACO DIETILAMONIO GEL BISNAGA COM 60G.</u> FORMA FARMACÊUTICA: BISNAGA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                    |
| 131. | 2.000  | AMPOLA     | <u>DICLOFENACO SÓDICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL. AMPOLA – FRASCO. 2,5ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                             |
| 132. | 15.000 | COMPRIMIDO | <u>DICLOFENACO SÓDICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                               |
| 133. | 1.000  | COMPRIMIDO | <u>DIGOXINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0,25MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                       |
| 134. | 2.000  | AMPOLA     | <u>DIMENIDRINATO 3MG/ML + CLOR. PIRIDOXINA 5MG/ML + GLICOSE 100MG/ML + FRUTOSE 100MG/ML. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: DIMEDRINATO 3MG/ML + CLOR. PIRIDOXINA 5MG/ML + GLICOSE 100MG/ML + FRUTOSE 100MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL – FRASCO - AMPOLA 10ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |
| 135. | 10.000 | COMPRIMIDO | <u>DIMENIDRINATO 50MG + CLOR. PIRIDOXINA 10MG. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG DE DIMENIDRINATO + 10MG DE CLORIDRATO DE PIRIDOXINA 10MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                              |
| 136. | 1.000  | AMPOLA     | <u>DIMENIDRINATO 50MG/ML + CLOR. PIRIDOXINA 50MG/ML. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG/ML DE DIMENIDRINATO + 50MG/ML DE CLORIDRATO DE PIRIDOXINA.</u> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO AMPOLA                                                                                                                                                           |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |            |                                                                                                                                                                                                                                            |
|------|--------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      |        |            | INTRAMUSCULAR 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                   |
| 137. | 20.000 | COMPRIMIDO | <u>DIOSMINA + HESPERIDINA 500MG. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: DIOSMINA 450MG + HESPERIDINA 50MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                           |
| 138. | 20.000 | COMPRIMIDO | <u>DIPIRONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDOS. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                       |
| 139. | 8.000  | AMPOLA     | <u>DIPIRONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO AMPOLA 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                              |
| 140. | 10.000 | FRASCO     | <u>DIPIRONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO GOTAS, FRASCO 20ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                     |
| 141. | 200    | FLACONETE  | <u>DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA 400MCG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO INALATÓRIA. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. FLACONETE 2ML.                                                                |
| 142. | 2.000  | AMPOLA     | <u>DIPROPIONATO DE BETAMETASONA 5MG/ML+ FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA 2MG/ML CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG/ML+2MG/ML 1ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL- AMPOLA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |
| 143. | 5.000  | COMPRIMIDO | <u>DIVALPROATO DE SÓDIO ER 250MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 250MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                              |
| 144. | 5.000  | COMPRIMIDO | <u>DIVALPROATO DE SÓDIO ER 500MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 500MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                              |
| 145. | 200    | AMPOLA     | <u>DOBUTAMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 12,5MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO-AMPOLA DE 20ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                       |
| 146. | 15.000 | COMPRIMIDO | <u>DOMPERIDONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                      |
| 147. | 50     | FRASCO     | <u>DOMPERIDONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL – 100ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                        |
| 148. | 500    | AMPOLA     | <u>DOPAMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO-AMPOLA DE 10ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                            |
| 149. | 10     | FRASCO     | <u>DORZAL MT. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: CLORIDRATO DE DORZOLAMIDA 20MG/ML + MALEATO DE TIMOLOL 5MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COLÍRIO 5ML. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                      |
| 150. | 15.000 | COMPRIMIDO | <u>DOXAZOSINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                        |
| 151. | 1.500  | COMPRIMIDO | <u>DOXICICLINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                     |
| 152. | 500    | FRASCO     | <u>DROPROPIZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1,5MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE 120ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                               |
| 153. | 500    | FRASCO     | <u>DROPROPIZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 3MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE 120ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                 |
| 154. | 8.000  | CÁPSULA    | <u>DULOXETINA 30MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: CAPSULA 30MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                               |
| 155. | 15.000 | CÁPSULA    | <u>DULOXETINA 60MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: CAPSULA 60MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                               |
| 156. | 2.000  | COMPRIMIDO | <u>DUTASTERIDA + CLORIDRATO DE TANSULOSINA 0,5/0,4MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 0,5/0,4MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                      |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |            |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------|--------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 157. | 30.000 | COMPRIMIDO | <b>EMPAGLIFLOZINA 25MG (JARDIANCE).</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 25MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                 |
| 158. | 1.000  | COMPRIMIDO | <b>ENALAPRIL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                             |
| 159. | 1.000  | COMPRIMIDO | <b>ENALAPRIL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                             |
| 160. | 2.000  | AMPOLA     | <b>ENOXAPARINA SÓDICA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 40MG/0,4ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL, SUBCUTÂNEO/INTRAVENOSO. FORMA DE APRESENTAÇÃO: SERINGA PRÉ-ENCHIDA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. INJETÁVEL. |
| 161. | 500    | AMPOLA     | <b>EPINEFRINA 1MG/ML - AMPOLA DE 1 ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 1MG/ML, 1ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                           |
| 162. | 20.000 | COMPRIMIDO | <b>ESCITALOPRAM 10MG</b> - FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                   |
| 163. | 500    | AMPOLA     | <b>ESCOPOLAMINA - SOLUÇÃO INJETÁVEL 20 MG/ML 1ML IM/EV-</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                   |
| 164. | 8.000  | COMPRIMIDO | <b>ESPIRONOLACTONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                       |
| 165. | 4.000  | COMPRIMIDO | <b>ESPIRONOLACTONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                       |
| 166. | 30     | BISNAGA    | <b>ESTRIOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1MG/G.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CREME VAGINAL – BISNAGA 50G COM APLICADOR. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                               |
| 167. | 500    | DRÁGEAS    | <b>ESTROGÊNIO CONJUGADOS 0,625MG</b> – FORMA FARMACÊUTICA: DRÁGEAS.                                                                                                                                                                             |
| 168. | 12.000 | COMPRIMIDO | <b>ETINILESTRADIOL + LEVONORGESTREL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0,03 MG + 0,15 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                 |
| 169. | 200    | Ampola     | <b>ETOMIDATO 2MG/5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL IV, 5 ML. PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                          |
| 170. | 2.500  | COMPRIMIDO | <b>EXFORGE HTC- VALSARTANA + HIDROCLOROTIAZIDA + BESILATO DE ANLODIPINO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 160MG + 12,5 + 5MG,</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                             |
| 171. | 10.000 | COMPRIMIDO | <b>FENITOINA 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                           |
| 172. | 1.000  | AMPOLA     | <b>FENITOINA 50MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL. 2ML. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                             |
| 173. | 500    | AMPOLA     | <b>FENOBARBITAL 100MG/ML. AMPOLA INJETÁVEL.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                               |
| 174. | 4.000  | COMPRIMIDO | <b>FENOBARBITAL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                         |
| 175. | 500    | FRASCO     | <b>FENOBARBITAL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 40MG/ML</b> – FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO 20ML (GOTAS). PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                             |
| 176. | 500    | AMPOLA     | <b>FENTANILA 50MCG/ML-</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL. 10ML PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                            |
| 177. | 4.000  | COMPRIMIDO | <b>FEXOFENADINA 180MG-</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                   |
| 178. | 500    | FRASCO     | <b>FEXOFENADINA 6MG/ML 150ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                        |
| 179. | 10.000 | COMPRIMIDO | <b>FINASTERIDA 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5 MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                          |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |            |                                                                                                                                                                                                                                        |
|------|--------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 180. | 700    | AMPOLA     | <b>FITOMENADIONA 10MG/ML.</b> AMPOLA INJETÁVEL 1ML IM. FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                               |
| 181. | 2.000  | CÁPSULA    | <b>FLUCONAZOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 150MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULAS. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                    |
| 182. | 2.500  | COMPRIMIDO | <b>FLUNARIZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                 |
| 183. | 400    | FRASCO     | <b>FLUOCINOLONA ACETONIDA, SULFATO DE POLIMIXINA B, SULFATO DE NEOMICINA, CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA -10ML (OTOSYNALAR).</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO OTOLÓGICA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |
| 184. | 20.000 | CÁPSULA    | <b>FLUOXETINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA OU COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                        |
| 185. | 50     | FRASCO     | <b>FLUOXETINA.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO GOTAS. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                    |
| 186. | 100    | FRASCO     | <b>FOSFATO DE SÓDIO MONOBÁSICO MONOIDRATADO 16G + FOSFATO DE SÓDIO DIBÁSICO HEPTAHIDRATADO 6G; VEÍCULO Q.S.P. 100ML.</b>                                                                                                               |
| 187. | 500    | AMPOLA     | <b>FUROSEMIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO-AMPOLA DE 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                      |
| 188. | 10.000 | COMPRIMIDO | <b>FUROSEMIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 40MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                   |
| 189. | 5.000  | COMPRIMIDO | <b>GLIBENCLAMIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                 |
| 190. | 500    | UNIDADE    | <b>GLICERINA SUPOSITÓRIO ADULTO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2,68G DE GLICEROL.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUPOSITÓRIO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                   |
| 191. | 300    | UNIDADE    | <b>GLICERINA SUPOSITÓRIO INFANTIL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1,44G DE GLICEROL.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUPOSITÓRIO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                 |
| 192. | 10.000 | COMPRIMIDO | <b>GLICLAZIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 30MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 30MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                          |
| 193. | 5.000  | COMPRIMIDO | <b>GLICLAZIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 60MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 30MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                          |
| 194. | 1.500  | AMPOLA     | <b>GLICOSE 25% - AMPOLA DE 10ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 25%, 10ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                          |
| 195. | 700    | AMPOLA     | <b>GLICOSE 50% - AMPOLA DE 10ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 50%, 10ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                          |
| 196. | 10.000 | COMPRIMIDO | <b>GLIMEPIRIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 4MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                   |
| 197. | 200    | AMPOLA     | <b>HALOPERIDOL, DECANOATO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 70,52MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL. AMPOLA – FRASCO. 1ML PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                     |
| 198. | 6.000  | COMPRIMIDO | <b>HALOPERIDOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                   |
| 199. | 300    | AMPOLA     | <b>HEPARINA SÓDICA 5.000 UI/ 0,25 ML - AMPOLA 0,25 ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 5.000UI/0,25ML, 0,25ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                       |
| 200. | 5.000  | COMPRIMIDO | <b>HIDRALAZINA 50MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 50MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                       |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------|--------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 201. | 10.000 | COMPRIMIDO | <b>HIDROCLOROTIAZIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                  |
| 202. | 700    | FRASCO     | <b>HIDROCORTISONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 100MG. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                               |
| 203. | 700    | FRASCO     | <b>HIDROCORTISONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 500MG. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                               |
| 204. | 500    | FRASCO     | <b>HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 60 MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL – 150ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                              |
| 205. | 1.500  | FRASCO     | <b>HIOSCINA (BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA). CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10 MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL - GOTAS 20ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                         |
| 206. | 10.000 | COMPRIMIDO | <b>HIOSCINA (BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA). CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                             |
| 207. | 2.000  | FRASCO     | <b>HIOSCINA COMPOSTA (BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA). CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 6,67MG/ML BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA + 333,4MG/ML DIPIRONA 20ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL - GOTAS. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |
| 208. | 2.000  | AMPOLA     | <b>HIOSCINA COMPOSTA (BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA+DIPIRONA). CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 4MG/ML / 500MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO AMPOLA 5 ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                     |
| 209. | 15.000 | COMPRIMIDO | <b>HIOSCINA COMPOSTA (BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA+DIPIRONA). CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG/250MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                    |
| 210. | 250    | FRASCO     | <b>HIPROMELOSE. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 3MG DE HIPROMELOSE + 1MG DE DEXTRANO 71.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO OFTÁLMICA – FRASCO 15ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                |
| 211. | 50     | FRASCO     | <b>HYABAK. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: HIALURONATO DE SÓDIO 0,15% 10ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COLÍRIO 10ML. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                        |
| 212. | 1.500  | FRASCO     | <b>IBUPROFENO 100MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL, FRASCO 20ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                |
| 213. | 15.000 | COMPRIMIDO | <b>IBUPROFENO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 300MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                        |
| 214. | 10.000 | COMPRIMIDO | <b>IBUPROFENO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 600MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                        |
| 215. | 2.500  | COMPRIMIDO | <b>IMIPRAMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                         |
| 216. | 4.000  | COMPRIMIDO | <b>INDAPAMIDA 1.5 MG-.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 1.5MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                          |
| 217. | 1.000  | AMPOLA     | <b>INSULINA GLARGINA 100UI (BASAGLAR).</b> FORMA FARMACÊUTICA: SERINGA PREENCHIDA COM 3ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                |
| 218. | 5.000  | COMPRIMIDO | <b>INZELM 10MG (FUMARATO DE VONOPRAZANA) CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                               |
| 219. | 750    | FRASCO     | <b>IPRATRÓPIO, BROMETO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0,250MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO – FRASCO 20ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                 |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |            |                                                                                                                                                                                                 |
|------|--------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 220. | 1.000  | COMPRIMIDO | <u>ISOSSORBIDA, DINITRATO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                |
| 221. | 1.000  | COMPRIMIDO | <u>ISOSSORBIDA, DINITRATO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO SUBLINGUAL. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                      |
| 222. | 2.500  | CÁPSULA    | <u>ITRACONAZOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                             |
| 223. | 1.500  | COMPRIMIDO | <u>IVERMECTINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 6MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                            |
| 224. | 4.000  | COMPRIMIDO | <u>LACOSAMIDA 100MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 100MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                |
| 225. | 500    | FRASCO     | <u>LACTULOSE. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 667MG/1ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO 120ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                      |
| 226. | 4.000  | COMPRIMIDO | <u>LAVITAN PRÉ-NATAL MULTI.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO PARA GESTANTE. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                |
| 227. | 3.000  | COMPRIMIDO | <u>LEVANLODIPINO 5MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 5MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                |
| 228. | 300    | AMPOLA     | <u>LEVEMIR. SOLUÇÃO INJETÁVEL - INSULINA DETEMIR 100 U/ML CADA REFIL CONTENDO 3ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA.                                                                              |
| 229. | 6.000  | COMPRIMIDO | <u>LEVETIRACETAM 500MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 500MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                            |
| 230. | 3.000  | COMPRIMIDO | <u>LEVETIRACETAM 750MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 750MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                            |
| 231. | 200    | FRASCO     | <u>LEVETIRACETAM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                    |
| 232. | 3.000  | COMPRIMIDO | <u>LEVETIRACETAM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 750MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                      |
| 233. | 8.000  | COMPRIMIDO | <u>LEVODOPA + BENSERAZIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 200MG + 50MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                        |
| 234. | 500    | COMPRIMIDO | <u>LEVODOPA + CARBIDOPA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250MG DE LEVODOPA + 25MG DE CARBIDOPA.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |
| 235. | 3.000  | CÁPSULA    | <u>LEVOFLOXACINO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA / COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                              |
| 236. | 10.000 | COMPRIMIDO | <u>LEVOTIROXINA SÓDICA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                  |
| 237. | 15.000 | COMPRIMIDO | <u>LEVOTIROXINA SÓDICA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                   |
| 238. | 10.000 | COMPRIMIDO | <u>LEVOTIROXINA SÓDICA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                   |
| 239. | 100    | AMPOLA     | <u>LIDOCAÍNA – CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2% COM VASOCONSTRITOR.</u> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO – AMPOLA DE 20ML.                                                                                    |
| 240. | 500    | BISNAGA    | <u>LIDOCAÍNA, CLORIDRATO 2% GELEIA- USO ADULTO E PEDIATRICO TUBO DE 30G.</u> FORMA FARMACÊUTICA: GEL DERMATOLÓGICO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.       |
| 241. | 500    | AMPOLA     | <u>LIDOCAÍNA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2% SEM VASOCONSTRITOR.</u> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO-AMPOLA DE 20ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                 |
| 242. | 5.000  | COMPRIMIDO | <u>LISDEXANFETAMINA 30MG (VENVANSE).</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 30MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |            |                                                                                                                                                                                                         |
|------|--------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 243. | 5.000  | COMPRIMIDO | <u>LISDEXANFETAMINA 50MG- (VENVANSE).</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                         |
| 244. | 1.000  | COMPRIMIDO | <u>LIXIANA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 30MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                        |
| 245. | 10.000 | COMPRIMIDO | <u>LORATADINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                    |
| 246. | 1.000  | FRASCO     | <u>LORATADINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1MG/ML. 100ML</u> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                          |
| 247. | 1.500  | COMPRIMIDO | <u>LORAZEPAM 2MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                 |
| 248. | 2.500  | COMPRIMIDO | <u>LOSARTANA POTÁSSICA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                           |
| 249. | 1.200  | CÁPSULA    | <u>LUVIS GOLD OU RELUZE. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA / COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                      |
| 250. | 2.000  | FRASCO     | <u>LYBERDIA 40MG/ML (DIMESILATO DE LISDEXANFETAMINA).</u> FORMA FARMACÊUTICA: 50ML SOLUÇÃO GOTAS. PRAZO DE VALIDADE A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                     |
| 251. | 300    | FRASCO     | <u>MALEATO DE TIMOLOL 0,5% -</u> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO OFTÁLMICA. FRASCO 5 ML.                                                                                                                    |
| 252. | 500    | COMPRIMIDO | <u>MEBENDAZOL 100MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 100MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                       |
| 253. | 300    | FRASCO     | <u>MEBENDAZOL 20MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL, FRACO 30ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                           |
| 254. | 5000   | COMPRIMIDO | <u>MECOBALAMINA (VIT.B12). CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1000 MCG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                    |
| 255. | 700    | AMPOLA     | <u>MEDROXIPIROGESTERONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 150MG/ML.</u> <u>FRASCO – AMPOLA.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO INJETÁVEL 1ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |
| 256. | 3.000  | COMPRIMIDO | <u>MELOXICAM 15MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 15MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                           |
| 257. | 100    | AMPOLA     | <u>MEPERIDINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG/2ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO-AMPOLA DE 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                     |
| 258. | 1.000  | COMPRIMIDO | <u>METFORMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                   |
| 259. | 500    | COMPRIMIDO | <u>METFORMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 850MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                   |
| 260. | 7.000  | COMPRIMIDO | <u>METILDOPA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                    |
| 261. | 10.000 | COMPRIMIDO | <u>METILFENIDATO 10MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                        |
| 262. | 6.000  | COMPRIMIDO | <u>METILFENIDATO 18MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                        |
| 263. | 500    | COMPRIMIDO | <u>METOCLOPRAMIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                |
| 264. | 300    | AMPOLA     | <u>METOCLOPRAMIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG/2ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL, FRASCO – AMPOLA, 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.               |
| 265. | 50     | FRASCO     | <u>METOCLOPRAMIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 4MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL – GOTAS, FRASCO 10ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                       |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |            |                                                                                                                                                                                                                                          |
|------|--------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 266. | 3.000  | COMPRIMIDO | <u>METOPROLOL 100MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 100MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                        |
| 267. | 3.000  | COMPRIMIDO | <u>METOPROLOL 25MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                    |
| 268. | 3.000  | COMPRIMIDO | <u>METOPROLOL 50MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 50MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                          |
| 269. | 300    | AMPOLA     | <u>METOPROLOL 5MG (1MG/ML)</u> - FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. SOLUÇÃO INJETÁVEL. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                     |
| 270. | 1.500  | COMPRIMIDO | <u>METRONIDAZOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                  |
| 271. | 300    | FRASCO     | <u>METRONIDAZOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 40MG/ML (4%).</u> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL – FRASCO 100 ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                       |
| 272. | 300    | BISNAGA    | <u>MICONAZOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG/G.</u> FORMA FARMACÊUTICA: CREME DERMATOLÓGICO 80GR. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                      |
| 273. | 750    | AMPOLA     | <u>MIDAZOLAM 50MG/10ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                         |
| 274. | 500    | AMPOLA     | <u>MIDAZOLAN. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 15MG/3ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO-AMPOLA DE 3ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                        |
| 275. | 8.000  | COMPRIMIDO | <u>MIRTAZAPINA 30MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 30MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                         |
| 276. | 1.000  | AMPOLA     | <u>MORFINA. AMPOLA INJETÁVEL 1ML IM/IV.</u> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                            |
| 277. | 6.000  | COMPRIMIDO | <u>NALTREXONA 50MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 50MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                                           |
| 278. | 5.000  | COMPRIMIDO | <u>NARATRIPTANA 2,5MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 2,5MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                                       |
| 279. | 6.000  | COMPRIMIDO | <u>NEBIVOLOL 5MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 5MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                             |
| 280. | 3.000  | BISNAGA    | <u>NEOMICINA + BACITRACINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 3,5MG DE NEOMICINA + 250 UI DE BACITRACINA.</u> FORMA FARMACÊUTICA: POMADA. FORMA DE APRESENTAÇÃO: POMADA 15G. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. . |
| 281. | 7.500  | COMPRIMIDO | <u>NIFEDIPINO 20MG.</u> CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                |
| 282. | 10.000 | COMPRIMIDO | <u>NIMESULIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                    |
| 283. | 500    | FRASCO     | <u>NIMESULIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL – GOTAS 20ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                   |
| 284. | 3.000  | COMPRIMIDO | <u>NIMODIPINO 5MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 5MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                            |
| 285. | 700    | BISNAGA    | <u>NISTATINA 100.000 UI/4 G CREME VAGINAL BISNAGA DE 60 G COM 14 APLICADORES.</u> FORMA FARMACÊUTICA: CREME VAGINAL. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                               |
| 286. | 500    | FRASCO     | <u>NISTATINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100.000 UI/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL 50ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                    |
| 287. | 700    | FRASCO     | <u>NITAZOXANIDA 20MG/ML-100ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO. PRAZO DE VALIDADE: DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                         |
| 288. | 2.500  | COMPRIMIDO | <u>NITAZOXANIDA 500MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                 |
| 289. | 5.000  | CÁPSULA    | <u>NITROFURANTOÍNA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO/CÁPSULA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                       |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------|--------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 290. | 300    | AMPOLA     | <b>NITROGLICERINA 5MG/ML AMPOLA 10 ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 5 MG/ML, 10 ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                             |
| 291. | 1.000  | AMPOLA     | <b>NOREPINEFRINA 2MG/4ML-AMPOLA DE 4 ML IV.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                       |
| 292. | 1.000  | AMPOLA     | <b>NORETISTERONA ENANTATO 50MG + ESTRADIOL VALERATO 5MG. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG DE NORETISTERONA + 5MG ESTRADIOL.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL. FRASCO – AMPOLA 1ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                          |
| 293. | 100    | COMPRIMIDO | <b>NORETISTERONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0,35MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                            |
| 294. | 15.000 | COMPRIMIDO | <b>NORFLOXACINO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 400MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                    |
| 295. | 5.000  | CÁPSULA    | <b>NORTRIPTILINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                 |
| 296. | 50     | AMPOLA     | <b>NOVORAPID- SOLUÇÃO INJETÁVEL 100 U/ML DE ANÁLOGO DE INSULINA DE AÇÃO RÁPIDA.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. CADA REFIL CONTENDO 3ML.                                                                                                                                             |
| 297. | 2.500  | COMPRIMIDO | <b>OLANZAPINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10 MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.</b> PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                      |
| 298. | 2.500  | COMPRIMIDO | <b>OLANZAPINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2,5 MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.</b> PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                     |
| 299. | 3.000  | COMPRIMIDO | <b>OLMESARTANA MEDOXOMILA 40MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 40MG. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                               |
| 300. | 15.000 | CÁPSULA    | <b>OMEPRAZOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA / COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                        |
| 301. | 3.500  | AMPOLA     | <b>ONDANSETRONA 4 MG/2ML - AMPOLA DE 2 ML IM/IV.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 40MG/ML, 2ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                     |
| 302. | 8.000  | COMPRIMIDO | <b>ONDANSETRONA 4MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 4MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                                                                                       |
| 303. | 500    | COMPRIMIDO | <b>OXCARBAZEPINA 300MG. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 300MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO REVESTIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                   |
| 304. | 500    | COMPRIMIDO | <b>OXCARBAZEPINA 600MG. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 600MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO REVESTIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                   |
| 305. | 04     | KIT        | <b>PACOTES DE SERVIÇO (DIABETES MELLITUS TIPO 1) – ORDEM JUDICIAL</b>                                                                                                                                                                                                                |
| 306. | 1.000  | BISNAGA    | <b>PALMITATO DE RETINOL + COLECALCIFEROL + ÓXIDO DE ZINCO. PALMITATO DE RETINOL 5000UI/G + COLECALCIFEROL 900UI/G + ÓXIDO DE ZINCO 150MG/G.</b> FORMA FARMACÊUTICA: POMADA. FORMA DE APRESENTAÇÃO: POMADA 45G. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |
| 307. | 15.000 | COMPRIMIDO | <b>PANTOPRAZOL 40MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 40MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                     |
| 308. | 1.000  | AMPOLA     | <b>PARACETAMOL EV. AMPOLA 10ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                |
| 309. | 1.000  | FRASCO     | <b>PARACETAMOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 200MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL – GOTAS – FRASCO 15ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                    |
| 310. | 10.000 | COMPRIMIDO | <b>PARACETAMOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                               |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novaes/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |            |                                                                                                                                                                                                                                  |
|------|--------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 311. | 7.500  | COMPRIMIDO | <b>PAROXETINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                   |
| 312. | 100    | BISNAGA    | <b>PASTA D'ÁGUA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10 %.</b> FORMA FARMACÊUTICA: PASTA DERMATOLÓGICA 100ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                            |
| 313. | 4.000  | COMPRIMIDO | <b>PENTOXIFILINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 400MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO / CÁPSULA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                               |
| 314. | 500    | COMPRIMIDO | <b>PERMANGANATO DE POTÁSSIO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO TÓPICO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                       |
| 315. | 500    | FRASCO     | <b>PERMETRINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1%.</b> FORMA FARMACÊUTICA: LOÇÃO TÓPICA 60ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 24 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                        |
| 316. | 1.000  | TUBO       | <b>POLISSULFATO DE MUCOPOLISSACARÍDEO POMADA (HIRUDOID)- 40G.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CREME DERMATOLÓGICO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                    |
| 317. | 500    | FRASCO     | <b>POLIVITAMÍNICO E POLIMINERAL INFANTIL.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL 250ML + COPO MEDIDA. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                         |
| 318. | 8.000  | COMPRIMIDO | <b>POLIVITAMÍNICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: VITAMINA B1 4MG + VIT. B2 2 MG + VIT. B3 10 MG + VIT. B5 2 MG + VIT. B6 1 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |
| 319. | 700    | FRASCO     | <b>PREDNISOLONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 15MG/5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL – FRASCO 60ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                       |
| 320. | 15.000 | COMPRIMIDO | <b>PREDNISONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                             |
| 321. | 7.500  | COMPRIMIDO | <b>PREDNISONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                              |
| 322. | 7.000  | COMPRIMIDO | <b>PREGABALINA 150MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 150MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                               |
| 323. | 15.000 | COMPRIMIDO | <b>PREGABALINA 75MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                      |
| 324. | 250    | BISNAGA    | <b>PROMETAZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2%. 30G.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CREME DERMATOLÓGICO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                |
| 325. | 4.000  | COMPRIMIDO | <b>PROMETAZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                            |
| 326. | 1.000  | AMPOLA     | <b>PROMETAZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG/2ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL – AMPOLA 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                    |
| 327. | 6.000  | COMPRIMIDO | <b>PROPAFENONA 300MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                          |
| 328. | 3.000  | COMPRIMIDO | <b>PROPATILNITRATO 10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 10MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                             |
| 329. | 500    | AMPOLA     | <b>PROPOFOL 10MG/ML AMPOLA 20 ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 20ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                        |
| 330. | 5.000  | COMPRIMIDO | <b>PROPRANOLOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 40 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                           |
| 331. | 7.000  | COMPRIMIDO | <b>QUETIAPINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                            |
| 332. | 5.000  | COMPRIMIDO | <b>QUETIAPINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                            |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |            |                                                                                                                                                                                       |
|------|--------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 333. | 1.000  | FRASCO     | <u>REPELENTE PARA GESTANTE</u> . FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO 100ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                              |
| 334. | 3.000  | COMPRIMIDO | <u>REVOC 50MG (MALEATO DE FLUVOXAMINA) CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50 MG</u> . FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.        |
| 335. | 1.000  | FRASCO     | <u>RIFAMICINA SÓDICA 10MG/ML SPRAY TÓPICO - FRASCO COM 20 ML</u> . FORMA FARMACÊUTICA: SPRAY TÓPICO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.            |
| 336. | 1.000  | FRASCO     | <u>RISPERIDONA 1MG/ML</u> . FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL 1MG/ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. FRASCO 30ML.                                  |
| 337. | 5.000  | COMPRIMIDO | <u>RISPERIDONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1 MG</u> . FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                |
| 338. | 2.000  | CAPSULA    | <u>RITALINA LA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: CLORIDRATO DE METILFENIDATO 10MG</u> FORMA FARMACÊUTICA: CAPSULA 10MG. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.            |
| 339. | 3.000  | COMPRIMIDO | <u>RIVAROXABANA 15MG</u> . FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 15MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                    |
| 340. | 15.000 | COMPRIMIDO | <u>RIVAROXABANA 20MG</u> . FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 20MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                    |
| 341. | 20.000 | COMPRIMIDO | <u>ROSUVASTATINA 10MG</u> . FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 10MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                   |
| 342. | 6.000  | COMPRIMIDO | <u>ROSUVASTATINA CÁLCICA + EZETIMIBA 20/10MG</u> . FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 20/10MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                          |
| 343. | 1.500  | AMPOLA     | <u>SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG/5ML</u> . FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL – AMPOLA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |
| 344. | 7.000  | CÁPSULA    | <u>SACCHOROMYCES BOULARDII-17 200MG</u> . FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                  |
| 345. | 1.500  | COMPRIMIDO | <u>SACUBITRIL/VALSARTANA 24/26MG</u> . FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                  |
| 346. | 7.000  | COMPRIMIDO | <u>SACUBITRIL/VALSARTANA 49/51MG</u> . FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                  |
| 347. | 1.500  | COMPRIMIDO | <u>SACUBITRIL/VALSARTANA 97/103MG</u> . FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                 |
| 348. | 5.000  | SACHE      | <u>SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL ADULTO E INFANTIL</u> - FORMA FARMACÊUTICA: SACHE. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                        |
| 349. | 500    | FRASCO     | <u>SALBUTAMOL</u> - FORMA FARMACÊUTICA: INALAÇÃO ORAL. SOLUÇÃO PARA NEBULIZAÇÃO 10 ML. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                  |
| 350. | 3.000  | SPRAY      | <u>SALBUTAMOL 100 MCG</u> – FORMA FARMACÊUTICA SPRAY: 200 DOSES. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                        |
| 351. | 27     | UNIDADE    | <u>SENSOR FREESTYLE LIBRE(DIABETES MELLITUS TIPO 1) – ORDEM JUDICIAL</u> . PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                              |
| 352. | 20.000 | COMPRIMIDO | <u>SERTRALINA, CLORIDRATO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG</u> . FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                     |
| 353. | 5.000  | COMPRIMIDO | <u>SIMETICONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 40MG</u> . FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                 |
| 354. | 1.500  | FRASCO     | <u>SIMETICONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 75MG/ML</u> . FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL – GOTAS 20 ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.              |
| 355. | 10.000 | COMPRIMIDO | <u>SINVASTATINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG</u> . FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                               |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |            |                                                                                                                                                                                                                                             |
|------|--------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 356. | 5.000  | COMPRIMIDO | <u>SOLIFENACINA 5MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                               |
| 357. | 500    | FRASCO     | <u>SOLUÇÃO FISIOLÓGICA NASAL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 9,0MG/ML CLORETO DE SÓDIO + CLORETO DE BENZALCÔNIO 0,1MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO NASAL – FRASCO 30ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |
| 358. | 5.000  | COMPRIMIDO | <u>SOMALGIN CARDIO 100MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                         |
| 359. | 3.000  | COMPRIMIDO | <u>SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIMA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 400/80MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                   |
| 360. | 100    | AMPOLA     | <u>SULFATO DE MAGNÉSIO 10 % - AMPOLA DE 10 ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 10%, 10 ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                |
| 361. | 150    | FRASCO     | <u>SULFATO FERROSO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG FE++.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO GOTAS. 30ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                     |
| 362. | 12.000 | COMPRIMIDO | <u>SULFATO FERROSO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 40MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                   |
| 363. | 300    | AMPOLA     | <u>SUXAMETONIO 500MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                              |
| 364. | 50     | FRASCO     | <u>TARTARATO BRIMONIDINA 2MG 5ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COLÍRIO 5ML. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                        |
| 365. | 100    | AMPOLA     | <u>TERBUTALINA 0,5MG/ML - AMPOLA DE 1 ML IV- SC.</u> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 0,5MG/ML, 1ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                           |
| 366. | 200    | BISNAGA    | <u>TIABENDAZOL 10MG/1G+ NEOMICINA 5MG/1G.</u> FORMA FARMACÊUTICA: CREME 15G. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                             |
| 367. | 500    | AMPOLA     | <u>TIAMINA 100MG/ML – COM 1ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                           |
| 368. | 10.000 | COMPRIMIDO | <u>TIAMINA 300MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO DE 300MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                           |
| 369. | 500    | COMPRIMIDO | <u>TICAGRELOR 90MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 90MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                      |
| 370. | 350    | FRASCO     | <u>TOBRAMICINA + DEXAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 3MG/ML + 1 MG/ML. 5ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COLÍRIO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                          |
| 371. | 500    | FRASCO     | <u>TOBRAMICINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 3MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COLÍRIO. 5ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                   |
| 372. | 3.000  | COMPRIMIDO | <u>TOPIRAMATO 25MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                               |
| 373. | 3.000  | AMPOLA     | <u>TRAMADOL 100MG/ML. AMPOLA DE 2ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL.                                                                                                                                                             |
| 374. | 1.500  | AMPOLA     | <u>TRAMADOL 50MG/ML. AMPOLA 2ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                      |
| 375. | 10.000 | COMPRIMIDO | <u>TRAMADOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100 MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                         |
| 376. | 3.000  | COMPRIMIDO | <u>TRAZODONA 50MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 50MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                                               |
| 377. | 150    | BISNAGA    | <u>TRIANCINOLONA ACETONIDA 1MG/G. BISNAGA COM 10G.</u> FORMA FARMACÊUTICA: BISNAGA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                   |
| 378. | 500    | COMPRIMIDO | <u>TRIMETAZIDINA 35MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 35MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                          |
| 379. | 300    | FRASCO     | <u>TROLAMINA + BORATO DE 8-HIDROXIQUINOLINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 140MG/ML DE TROLAMINA + 0,40 MG/ML DE</u>                                                                                                                                |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |            |                                                                                                                                                                                                                               |
|------|--------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      |        |            | <b>BORATO DE 8-HIDROXIQUINOLINA 5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO OTOLÓGICA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                         |
| 380. | 500    | FRASCO     | <b>VALPROATO DE SÓDIO 50MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: 100ML SUSPENSÃO. PRAZO DE VALIDADE A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                     |
| 381. | 1.000  | COMPRIMIDO | <b>VALSARTANA + HIDROCLOROTIAZIDA 160/12,5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 160/12,5MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                |
| 382. | 7.500  | COMPRIMIDO | <b>VALSARTANA + HIDROCLOROTIAZIDA 320/25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 320/25MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                   |
| 383. | 15.000 | COMPRIMIDO | <b>VALSARTANA + HIDROCLOROTIAZIDA 320+12,5 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                       |
| 384. | 5.000  | COMPRIMIDO | <b>VALSARTANA 320MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                        |
| 385. | 1.000  | COMPRIMIDO | <b>VALSARTANA+ HIDROCLOROTIAZIDA 80+12,5MG</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.                                                                                                                                                |
| 386. | 20     | FRASCO     | <b>VALTELLINAMED – CDB FULL SPECTRUM – 6.000MG DE CBD E 0,3% DE THC.</b> FRASCO COM 30ML, SENDO 200MG/ML DE CBD E 3MG/ML DE THC (20:0,3) <b>ORDEM JUDICIAL.</b> PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |
| 387. | 4.000  | COMPRIMIDO | <b>VARFARINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                            |
| 388. | 5.000  | COMPRIMIDO | <b>VECASTEN (MELILOTUS OFFICINALIS 26,4MG DE EXTRATO SECO).</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 26,4MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                      |
| 389. | 10.000 | COMPRIMIDO | <b>VENLAFAXINA 150MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 150MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                            |
| 390. | 8.000  | COMPRIMIDO | <b>VENLAFAXINA 37,5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 37,5MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                          |
| 391. | 10.000 | COMPRIMIDO | <b>VENLAFAXINA 75 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 75MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                             |
| 392. | 1.000  | COMPRIMIDO | <b>VERAPAMIL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 80MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                           |
| 393. | 1.500  | COMPRIMIDO | <b>VIMPOCETINA 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 5MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                |
| 394. | 1.500  | FRASCO     | <b>VITAMINA D.</b> FORMA FARMACÊUTICA: 20ML SOLUÇÃO GOTAS PEDIÁTRICA. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                           |
| 395. | 3.000  | CÁPSULA    | <b>VITAMINA D3 50.000UI.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                       |
| 396. | 3.000  | CÁPSULA    | <b>VITAMINA D3- 7.000UI.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                       |
| 397. | 5.000  | COMPRIMIDO | <b>VITAMINAS DO COMPLEXO B. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                             |
| 398. | 5.000  | COMPRIMIDO | <b>ZOLPIDEM 10MG-</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                      |
| 399. | 6.000  | COMPRIMIDO | <b>ZOLPIDEM 5MG SL.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                    |

## 2. Fundamentação e descrição da necessidade

**2.1.** Considerando que o direito à saúde é um direito social previsto na Constituição Federal – CF de 1988 como um direito de todos e um dever do Estado (arts. 5º, 6º e 196 da CF) e que sua garantia deve ser feita por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

de doença e de outros agravos, bem como ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196 da CF).

Considerando que a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) inclui, no campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS, a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive, farmacêutica, bem como a formulação da política de medicamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e participação na sua produção (art. 6º, incisos I, alínea “d”, e VI).

Considerando que a Política Nacional de Assistência Farmacêutica é parte integrante da Política Nacional de Saúde e envolve um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Portanto a aquisição de medicamentos destinados à manutenção das atividades da Farmácia Municipal de Novais faz-se necessária para obtenção de resultados concretos e melhoria da qualidade de vida da população.

A aquisição visa garantir o abastecimento regular de medicamentos utilizados no atendimento e distribuição à população, bem como para suprir as demandas dos serviços de saúde pública administrados pela Unidade Básica de Saúde do Município.

O fornecimento parcelado visa otimizar a gestão de estoques e minimizar desperdícios, garantindo que os medicamentos estejam disponíveis conforme a demanda e evitando desabastecimento.

Assegurar a aquisição regular e eficiente de medicamentos essenciais, garantindo a continuidade dos serviços de saúde oferecidos à população. Ademais, o fornecimento parcelado permite melhor gestão financeira e logística, evitando desperdício por vencimento de medicamentos e reduzindo custos de armazenamento.

### **3. Descrição da solução como um todo considerando o ciclo de vida do objeto e especificações dos produtos**

**3.1.** A contratação prevê aquisição parcelada, com fornecimento sob demanda, atendendo às exigências de qualidade e armazenamento adequado de medicamentos essenciais garantindo a continuidade dos serviços de saúde oferecidos à população.

### **4. Requisitos da contratação**

#### **4.1. Requisitos da contratação**

**4.1.1.** Fornecimento parcelado conforme necessidade da Administração, evitando excesso de estoque e desperdício;

**4.1.2.** Medicamentos com registro ativo na ANVISA e em conformidade com os padrões sanitários e regulatórios, cuja comercialização seja autorizada pelo ministério da saúde;

**4.1.3.** Produtos devidamente embalados e com identificação clara de lote, validade e fabricante;

**4.1.4.** Garantia de fornecimento contínuo para evitar desabastecimento da Unidade de saúde;

**4.1.5.** Entrega nos prazos estabelecidos e na unidade de saúde designada, sem custos adicionais;

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

**4.1.6.** Atendimento rigoroso aos requisitos de qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos adquiridos;

**4.1.7.** Implementação de boas práticas logísticas para garantir a integridade dos produtos durante o transporte e armazenamento;

**4.1.8.** Possibilidade de substituição imediata de medicamentos com problemas de qualidade ou irregularidades detectadas.

## **4.2. Indicação de marcas ou modelos**

**4.2.1.** Na presente contratação, haverá indicação de marcas ou modelos nos descritivos dos itens cuja especificação decorre de determinação judicial, em razão da necessidade de assegurar a continuidade do atendimento aos pacientes e a observância das condições estabelecidas judicialmente. Para os demais itens, as marcas eventualmente mencionadas possuem caráter meramente referencial e exemplificativo, tendo por finalidade auxiliar na identificação das características e padrões de qualidade pretendidos, não constituindo indicação exclusiva ou direcionamento da contratação, sendo admitidos produtos de outras marcas ou fabricantes que atendam integralmente às especificações e requisitos estabelecidos neste Estudo Técnico Preliminar.

## **4.3. Da exigência de amostra**

**4.3.1.** Na presente contratação não será exigida a apresentação de amostras.

## **4.4. Subcontratação**

**4.4.1.** Não é admitida a subcontratação do objeto contratual.

## **4.5. Garantia da contratação**

**4.5.1.** Não haverá exigência da garantia da contratação dos artigos 96 e seguintes da Lei nº 14.133, de 2021.

## **5. Modelo de execução do objeto**

**5.1.** O fornecimento será de forma parcelada, durante o período de 12 (doze) meses e ocorrerá de acordo com a necessidade da Municipalidade, sendo que poderá ser solicitada a quantidade total ou apenas parte dela.

**5.2.** A entrega dos medicamentos, deverá ser efetuada no prazo máximo de até **07 (sete) dias úteis**, contados do recebimento da Autorização de Fornecimento (AF), a ser emitida pelo setor de compras do Município de Novais, e dentro das especificações técnicas, de maneira que garanta pleno atendimento a critérios de qualidade, devendo ser entregue em local designado, em dia útil no horário de funcionamento do setor.

**5.3.** Os medicamentos deverão ser entregues no seguinte endereço:

CENTRO DE SAÚDE III – JOSÉ ROBERTO FLAUSINO PINTO, localizado na Rua Major João Batista Novaes, nº 466, Centro, CEP: 15.885-033, nesta Cidade de Novais/SP.

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

**5.4.** A empresa deverá constar da nota fiscal os valores unitários e respectivos valores totais em conformidade com o constante da correspondente nota de empenho, atentando-se para as inexatidões que poderá decorrer de eventuais arredondamentos.

**5.5.** O responsável indicado pelo município irá realizar a conferência da marca, tipo, qualidade, procedência, fabricante, validade e embalagem, especificados na proposta apresentada, acompanhados das respectivas Notas Fiscais e informar à empresa eventuais inconsistências.

**5.6.** Os medicamentos serão recusados no caso de os mesmos estarem fora dos padrões de qualidade, quantidade menor/maior que o solicitado, erro quanto ao produto solicitado constatado no momento da entrega, ou fora dos padrões para consumo seguro.

**5.7.** O Município de Novais se reserva o direito de recorrer ao fornecedor em caso de verificação posterior de irregularidade nos medicamentos.

**5.8.** Caso algum medicamento não corresponda ao exigido, a detentora da ata deverá providenciar no prazo máximo de **03 (três) dias úteis**, contados da data de notificação expedida pelo Contratante, a sua adequação, visando o atendimento das especificações, sem prejuízo da incidência das sanções previstas na Lei nº 14.133/2021 e no Código de Defesa do Consumidor.

**5.9.** Não será permitida a substituição do produto contratado, quer em função de outra especificação, outras marcas etc., bem como, não se admitirá entrega de produto com preço alterado sem prévia aceitação da autoridade Municipal.

**5.10.** O recebimento definitivo não exime a detentora da ata de sua responsabilidade, na forma da lei, pela qualidade, correção e segurança do objeto.

**5.11.** Demais obrigações em conformidade com a Lei nº 14.133/2021 e demais legislações pertinentes.

## **6. Gestão da Ata de Registro de Preços**

**6.1.** A Ata de Registro de Preços deverá ser executada fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133/2021, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

**6.2.** Em caso de impedimento, ordem de paralisação ou suspensão da Ata de Registro de Preços, o cronograma de execução será prorrogado automaticamente pelo tempo correspondente, anotadas tais circunstâncias mediante simples apostila.

**6.3.** As comunicações entre o Órgão Gerenciador e a Detentora da Ata devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim.

**6.4.** O Órgão gerenciador poderá convocar representante da empresa para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

**6.5.** Após a assinatura da Ata de Registro de Preços ou instrumento equivalente, o Órgão Gerenciador poderá convocar o representante da empresa Detentora da Ata para reunião inicial para apresentação do plano de fiscalização, que conterá informações acerca das obrigações, dos mecanismos de fiscalização, das estratégias para execução do objeto, do plano complementar de execução da Detentora da Ata, quando houver, do método de aferição dos resultados e das sanções aplicáveis, dentre outros.

## **6.6. Preposto**

**6.6.1.** A Detentora da Ata designará formalmente o preposto da empresa, antes do início do fornecimento, indicando no instrumento os poderes e deveres em relação à execução do objeto contratado.

**6.6.2.** O Órgão Gerenciador poderá recusar, desde que justificadamente, a indicação ou a manutenção do preposto da empresa, hipótese em que a Detentora designará outro para o exercício da atividade.

## **6.7. Fiscalização**

**6.7.1.** O fiscal da Ata de Registro de Preços é o servidor efetivo do quadro permanente da Administração Pública, designado pela autoridade responsável por cada órgão municipal, para acompanhar e fiscalizar a execução dos produtos/serviços contratados, em especial para:

**6.7.1.1.** O fiscal da Ata de Registro de Preços deve anotar, em registro, próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução e determinará o que for necessário à regularização de falhas ou defeitos observados.

**6.7.1.2.** A verificação da adequação do cumprimento do contrato deverá ser realizada com base nos critérios previstos neste Regulamento.

**6.7.1.3.** O fiscal da Ata de Registro de Preços de obras e serviços de engenharia, preferencialmente, deverá ter formação nas áreas de engenharia ou arquitetura.

**6.7.2.** A função de fiscal da Ata de Registro de Preços deve ser atribuída a servidor com experiência e conhecimento na área relativa ao objeto contratado, designado para auxiliar o gestor do contrato quanto à fiscalização dos aspectos administrativos e técnicos da Ata de Registro de Preços, e especialmente:

**6.7.2.1.** Acompanhar e fiscalizar a execução da Ata de Registro de Preços, verificando o cumprimento das obrigações assumidas pela Detentora da Ata;

**6.7.2.2.** Inspecionar os serviços, produtos, obras ou fornecimentos, garantindo que atendam às especificações técnicas, prazos e condições estabelecidas no contrato;

**6.7.2.3.** Registrar, de forma detalhada, todas as ocorrências relacionadas à execução do objeto, em relatórios, planilhas ou atas de fiscalização;

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novaes/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAES

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

**6.7.2.4.** Comunicar imediatamente ao Gestor da Ata de Registro de Preços ou à autoridade competente quaisquer irregularidades ou descumprimentos contratuais;

**6.7.2.5.** Solicitar ajustes ou correções a Detentora da Ata sempre que identificar falhas na execução do objeto contratual;

**6.7.2.6.** Atuar no processo de recebimento provisório, verificando preliminarmente a conformidade do objeto entregue com as exigências contratuais e apontando eventuais pendências;

**6.7.2.7.** Encaminhar ao responsável pelo recebimento definitivo um relatório técnico detalhado, informando o resultado da fiscalização e quaisquer não conformidades;

**6.7.2.8.** Zelar pela regularidade da documentação exigida para a execução da Ata de Registro de Preços, como notas fiscais, termos de garantia, certificados ou relatórios técnicos;

**6.7.2.9.** Controlar e informar sobre os prazos da Ata de Registro de Preços, como vencimento, prorrogações ou necessidade de renovação;

**6.7.2.10.** Verificar o cumprimento de normas de segurança, saúde e meio ambiente, quando aplicável, durante a execução da Ata de Registro de Preços;

**6.7.2.11.** Participar de reuniões de alinhamento e avaliação com a Detentora da Ata, sempre que necessário, para garantir a boa execução da Ata de Registro de Preços;

**6.7.2.12.** Propor ao Gestor da Ata de Registro de Preços a aplicação de penalidades previstas da Ata de Registro de Preços, caso sejam identificadas irregularidades;

**6.7.2.13.** Assegurar a adequada comunicação entre as partes envolvidas, evitando desentendimentos e garantindo a efetividade da Ata de Registro de Preços;

**6.7.2.14.** Auxiliar na elaboração de relatórios e pareceres técnicos que subsidiem decisões relacionadas a Ata de Registro de Preços.

**6.7.2.15.** No caso de obras e serviços de engenharia, além das atribuições acima, também:

- a)** manter a pasta atualizada com os projetos, alvarás, ARTs do CREA e/ou RRTs do CAU referentes aos projetos arquitetônico e complementares, orçamentos, fiscalização, edital da licitação e respectivo contrato, cronograma físico-financeiro e demais documentos instrutivos;
- b)** inspecionar o diário de obras, garantindo que esteja devidamente preenchido;
- c)** verificar a construção adequada do canteiro de obras, incluindo a observância dos aspectos ambientais.
- d)** outras atividades compatíveis com a função.

**6.7.3.** A fiscalização não exclui nem reduz a responsabilidade da Detentora da Ata, incluindo perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que decorrente de imperfeições técnicas ou vícios redibitórios, sendo que a ocorrência de tais irregularidades não implica em

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novaes/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

corresponsabilidade da Administração ou de seus agentes e prepostos, conforme estabelecido nos arts. 119 e 120 da Lei Federal nº 14.133/2021.

## **6.8. Gestor da Ata de Registro de Preços**

**6.8.1.** O Gestor da Ata de Registro de Preços é o gerente funcional, ou pessoa designada pela autoridade máxima, sendo responsável por administrar o contrato desde sua elaboração até a conclusão, com especial atenção para:

**6.8.1.1.** Acompanhar e fiscalizar a execução da Ata de Registro de Preços, verificando o cumprimento das obrigações assumidas pela Detentora da Ata e pela Administração;

**6.8.1.2.** Manter registro atualizado de todas as ocorrências relacionadas à execução da Ata, em relatórios, atas ou documentos específicos;

**6.8.1.3.** Comunicar, de forma tempestiva, à autoridade competente quaisquer irregularidades ou descumprimentos contratuais;

**6.8.1.4.** Solicitar a aplicação de penalidades previstas no contrato ou na legislação, quando necessário, fundamentando adequadamente os pedidos;

**6.8.1.5.** Verificar a compatibilidade dos serviços, produtos ou obras entregues com as especificações técnicas e condições pactuadas na Ata de Registro de Preços;

**6.8.1.6.** Solicitar ajustes, correções ou substituições a Detentora da Ata sempre que houver falhas ou inadequações na execução do objeto contratual;

**6.8.1.7.** Validar e atestar notas fiscais ou documentos de cobrança, assegurando que os pagamentos sejam realizados apenas após a comprovação do cumprimento contratual;

**6.8.1.8.** Assegurar o cumprimento dos prazos contratuais, adotando medidas para evitar atrasos ou descontinuidade na prestação dos serviços;

**6.8.1.9.** Propor a prorrogação, alteração ou rescisão contratual, conforme a necessidade da Administração e nos termos da legislação aplicável;

**6.8.1.10.** Zelar pela guarda e atualização de toda a documentação relacionada a Ata de Registro de Preços incluindo aditivos, medições e outros documentos pertinentes;

**6.8.1.11.** Participar, quando necessário, de reuniões ou negociações com a Detentora da Ata, buscando soluções para eventuais problemas na execução da Ata;

**6.8.1.12.** Auxiliar na elaboração de relatórios e pareceres sobre o desempenho do contrato, subsidiando as decisões da Administração;

**6.8.1.13.** Garantir a observância das normas legais, regulamentares e contratuais aplicáveis, atuando para prevenir e mitigar riscos à Administração Pública;

**Fone (17) 3561-8780**

**Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novaes/SP**

**[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)**



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

**6.8.1.14.** Realizar, na forma do art. 140 da Lei Federal nº 14.133, de 2021, o recebimento definitivo do objeto contratado;

**6.8.1.15.** Outras atividades compatíveis com a função.

## 7. Das infrações administrativas e sanções

**7.1.** Comete infração administrativa, nos termos da Lei nº 14.133, de 01 de abril de 2021, o licitante que, com dolo ou culpa:

- a) Der causa à inexecução parcial do contrato.
- b) Der causa à inexecução parcial do contrato que cause grave dano à Administração ou ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo.
- c) Der causa à inexecução total do contrato.
- d) Deixar de entregar a documentação exigida para o certame.
- e) Não manter a proposta, salvo em decorrência de fato superveniente devidamente justificado.
- f) Não celebrar o contrato ou não entregar a documentação exigida para a contratação, quando convocado dentro do prazo de validade de sua proposta.
- g) Ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto da contratação sem motivo justificado.
- h) Apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o certame ou prestar declaração falsa durante a licitação ou execução do contrato.
- i) Fraudar a contratação ou praticar ato fraudulento na execução do contrato.
- j) Comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza.
- k) Praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos do certame.
- l) Praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013.

**7.2.** Serão aplicadas ao responsável pelas infrações administrativas acima descritas as seguintes sanções:

- a) Advertência, quando a Detentora da Ata der causa à inexecução parcial da Ata, sempre que não se justificar a imposição de penalidade mais grave (art. 156, §2º, da Lei).
- b) Impedimento de licitar e contratar, quando praticadas as condutas descritas nas alíneas b, c, d, e, f e g do subitem acima deste Contrato, sempre que não se justificar a imposição de penalidade mais grave (art. 156, §4º, da Lei).
- c) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar, quando praticadas as condutas descritas nas alíneas h, i, j, k e l do subitem acima deste Contrato, bem como nas alíneas b, c, d, e, f e g, que justifiquem a imposição de penalidade mais grave (art. 156, §5º, da Lei).
- d) Multa:

**1.** Moratória de 0,5% (cinco décimos por cento) por dia de atraso injustificado sobre o valor da parcela inadimplida, até o limite de 30 (trinta) dias.

a) O atraso superior a 30 (trinta) dias autoriza a Administração a promover a rescisão do contrato por descumprimento ou cumprimento irregular de suas cláusulas, conforme dispõe o inciso I do art. 137 da Lei nº 14.133, de 01 de abril de 2021.

**2.** Compensatória de 30% (trinta por cento) sobre o valor total da Ata de Registro de Preços,

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novaes/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

no caso de inexecução total do objeto.

**7.3.** A aplicação das sanções previstas neste edital não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral do dano causado ao Contratante (art. 156, §9º).

**7.4.** Todas as sanções previstas neste edital poderão ser aplicadas cumulativamente com a multa (art. 156, §7º).

**7.5.** Antes da aplicação da multa será facultada a defesa do interessado no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação (art. 157).

**7.6.** Se a multa aplicada e as indenizações cabíveis forem superiores ao valor do pagamento eventualmente devido pelo Contratante ao Contratado, além da perda desse valor, a diferença será descontada da garantia prestada ou será cobrada judicialmente (art. 156, §8º).

**7.7.** Previamente ao encaminhamento à cobrança judicial, a multa poderá ser recolhida administrativamente no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis, a contar da data do recebimento da comunicação enviada pela autoridade competente.

**7.8.** A aplicação das sanções realizar-se-á em processo administrativo que assegure o contraditório e a ampla defesa ao Contratado, observando-se o procedimento previsto no caput e parágrafos do art. 158 da Lei nº 14.133, de 01 de abril de 2021, para as penalidades de impedimento de licitar e contratar e de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar.

**7.9.** Na aplicação das sanções serão considerados (art. 156, §1º):

- a) a natureza e a gravidade da infração cometida;
- b) as peculiaridades do caso concreto;
- c) as circunstâncias agravantes ou atenuantes;
- d) os danos que dela provierem para o Contratante;
- e) a implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.

**7.10.** Os atos previstos como infrações administrativas na Lei nº 14.133, de 01 de abril de 2021, ou em outras leis de licitações e contratos da Administração Pública que também sejam tipificados como atos lesivos na Lei nº 12.846, de 2013, serão apurados e julgados conjuntamente, nos mesmos autos, observados o rito procedimental e autoridade competente definidos na referida Lei (art. 159).

**7.11.** A personalidade jurídica do Contratado poderá ser desconsiderada sempre que utilizada com abuso do direito para facilitar, encobrir ou dissimular a prática dos atos ilícitos previstos no Contrato ou para provocar confusão patrimonial, e, nesse caso, todos os efeitos das sanções aplicadas à pessoa jurídica serão estendidos aos seus administradores e sócios com poderes de administração, à pessoa jurídica sucessora ou à empresa do mesmo ramo com relação de coligação ou controle, de fato ou de direito, com o Contratado, observados, em todos os casos, o contraditório, a ampla defesa e a obrigatoriedade de análise jurídica prévia (art. 160).

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

**7.12.** As sanções de impedimento de licitar e contratar e declaração de inidoneidade para licitar ou contratar são passíveis de reabilitação na forma do art. 163 da Lei nº 14.133, de 01 de abril de 2021.

**7.13.** Da Detentora da Ata que deixar de manter atualizado o preposto e os seus dados, inclusive e-mail, bem como deixar de responder qualquer notificação no prazo estipulado, sujeitar-se-á a aplicação de multa em 0,5% (meio por cento) sobre o valor total do contrato, independente das demais medidas necessárias.

## **8. Critérios de medição e pagamento**

### **8.1. Do recebimento**

**8.1.1.** O recebimento provisório será realizado pelo fiscal da Ata de Registro de Preços, que deverá verificar a conformidade do objeto entregue ou do serviço prestado com as especificações contratuais.

**8.1.2.** No caso de bens e serviços de grande complexidade ou obras de engenharia, poderão ser exigidos relatórios técnicos, ensaios ou laudos que comprovem a qualidade e adequação do objeto entregue.

**8.1.3.** O termo de recebimento provisório será formalizado por meio de relatório sucinto, detalhando as verificações realizadas e eventuais pendências identificadas, quando houver.

**8.1.4.** O recebimento provisório será realizado no prazo de **5 (cinco) dias úteis**, contados da data de entrega do objeto ou da conclusão do serviço.

**8.1.5.** O recebimento definitivo será realizado pelo Gestor da Ata de Registro de Preços, após a análise final e detalhada da execução da Ata, assegurando que todas as condições contratuais foram plenamente atendidas.

**8.1.6.** O recebimento definitivo somente será realizado após a solução de eventuais pendências ou correções identificadas durante o recebimento provisório.

**8.1.7.** Deverá ser elaborado termo de recebimento definitivo, contendo a descrição detalhada do objeto entregue ou do serviço prestado e a declaração de sua conformidade com o contrato.

**8.1.8.** O recebimento definitivo será realizado no prazo de **10 (dez) dias úteis**, contados a partir da data de realização do recebimento provisório.

### **8.2. Liquidação**

**8.2.1.** Recebida a Nota Fiscal ou documento de cobrança equivalente, correrá o prazo de **05 (cinco) dias úteis** para fins de liquidação, na forma desta seção, prorrogáveis por igual período.

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

**8.2.2.** Para fins de liquidação, o setor competente deverá verificar se a nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente apresentado expressa os elementos necessários e essenciais do documento, tais como:

**8.2.3.** Identificação do Fornecedor e do Comprador (Município de Novais);

**8.2.4.** Data de emissão;

**8.2.5.** Descrição dos itens e quantidades, conforme especificações do Termo de Referência;

**8.2.6.** Preço unitário e total, conforme proposta da empresa e nota de empenho;

**8.2.7.** Dados da licitação (número do processo e do pregão eletrônico);

**8.2.8.** Eventual destaque do valor de retenções tributárias cabíveis.

**8.2.9.** Havendo erro na apresentação da nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, esta ficará sobrestada até que a Detentora da Ata providencie as medidas saneadoras, reiniciando-se o prazo após a comprovação da regularização da situação, sem ônus ao Órgão Gerenciador.

**8.2.10.** A nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente deverá ser obrigatoriamente acompanhado da comprovação da regularidade fiscal, documentação mencionada no art. 68 da lei nº 14.133/2021.

**8.2.11.** Nesse sentido, é necessária a apresentação das Certidões Negativas de Débitos, emitidas pelos respectivos órgãos, em plena validade, caso as certidões apresentadas na habilitação estejam vencidas.

## **8.3. Prazo de pagamento**

**8.3.1.** O pagamento será efetuado, em até **30 (trinta) dias**, contados da emissão da Nota fiscal, por meio de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente em nome da empresa contratada, em ordem cronológica e obedecendo a disponibilização financeira de acordo com os repasses.

**8.3.2.** No caso de atraso pelo Órgão Gerenciador, os valores devidos a Detentora da Ata serão atualizados monetariamente entre o termo final do prazo de pagamento até a data de sua efetiva realização, mediante aplicação do índice INPC - IBGE de correção monetária.

**8.3.3.** Serão retidos na fonte os tributos e contribuições federais determinados na legislação específica da Receita Federal, salvo se a empresa for optante do Simples Nacional e assim o declarar na forma prevista, conforme Instrução Normativa RFB nº 1.234/2012 e suas alterações e Decreto Municipal nº 035/2023, de 09 de agosto de 2023.

**8.3.3.1.** Independentemente do percentual de tributo inserido na planilha, quando houver, serão retidos na fonte, quando da realização do pagamento, os percentuais estabelecidos na legislação vigente.

**8.3.4.** É facultada a retenção dos créditos decorrente do contrato, até o limite dos prejuízos causado à Administração Pública e das multas aplicadas, nos termos do Inciso IV do art. 139 da Lei nº 14.133/2021.

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

## 8.4. Reajuste

**8.4.1.** Os preços inicialmente contratados serão fixos e irreajustáveis no prazo de um ano contado da data do orçamento estimado, podendo, para manter o equilíbrio contratual, ser objeto de revisão, de ofício ou a pedido, caso haja motivo relevante, tal como variação substancial do custo para a execução do objeto, devidamente justificado e demonstrado pela Contratada.

**8.4.2.** Após o intervalo de um ano, e independentemente de pedido do contratado, os preços iniciais serão reajustados, mediante a aplicação, pelo Contratante, do índice INPC/ IBGE, quando for o caso, e no caso de extinção do INPC/IBGE, será utilizado outro índice que o Governo Federal determinar para substituí-lo, exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade.

**8.4.3.** Nos reajustes subsequentes ao primeiro, o intervalo mínimo de um ano será contado a partir dos efeitos financeiros do último reajuste.

**8.4.4.** No caso de atraso ou não divulgação do índice de reajustamento, o Contratante pagará a Contratada a importância calculada pela última variação conhecida, liquidando a diferença correspondente tão logo seja divulgado o índice definitivo.

**8.4.5.** Nas aferições finais, o índice utilizado para reajuste será, obrigatoriamente, o definitivo.

**8.4.6.** Caso o índice estabelecido para reajustamento venha a ser extinto ou de qualquer forma não possa mais ser utilizado, será adotado, em substituição, o que vier a ser determinado pela legislação então em vigor.

**8.4.7.** Na ausência de previsão legal quanto ao índice substituto, as partes elegerão novo índice oficial, para reajustamento do preço do valor remanescente, por meio de termo aditivo.

**8.4.8.** O reajuste será realizado por apostilamento.

## 9. Forma e critérios de seleção do fornecedor e forma de fornecimento

### 9.1. Forma de seleção e critérios de julgamento da proposta

**9.1.1.** O fornecedor será selecionado por meio da realização de procedimento de Licitação, na modalidade Pregão, sob a forma Eletrônica, com adoção do critério de julgamento pelo **MENOR PREÇO UNITÁRIO**.

**9.1.2.** Será dado direito de preferência previsto na **Lei Complementar nº 123/2006** à licitante microempresa ou empresa de pequeno porte que tenha declarado seu enquadramento como tal.

### 9.2. Forma de fornecimento

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

**9.2.1.** O fornecimento será de forma parcelada de acordo com as necessidades da Municipalidade.

## **9.3. Exigências de Habilitação**

**9.3.1.** Para fins de habilitação, o licitante deverá comprovar documentos exigidos no edital de licitação.

## **10. Estimativa da contratação**

**10.1.** O valor estimado da contratação será levantado pelo Setor de Compras, mediante realização de pesquisa de preços e elaboração da respectiva estimativa, em observância às atribuições previstas no art. 34, inciso I, da Lei Complementar Municipal nº 094/2023, devendo os valores apurados constar do Quadro de Cotações e integrar o ANEXO III – Estimativa de Preços.

## **11. Adequação orçamentária**

**11.1.** As despesas decorrentes da presente Ata de Registro de Preços correrão à conta dos Recursos Orçamentários das dotações próprias consignadas no orçamento geral do Município de Novais, relativo ao exercício financeiro a época vigente.

## **12. Disposições finais**

**12.1.** As informações contidas neste Termo de Referência não são classificadas como sigilosas.

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

## ANEXO II – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

| DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ACEBROFILINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG/5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE – FRASCO 120 ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                  |
| <b>ACEBROFILINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG/5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE – FRASCO 120 ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                  |
| <b>ACETATO DE HIDROCORTISONA + LIDOCAÍNA BASE + SUBGALATO DE BISMUTO + ÓXIDO DE ZINCO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0,5% + 2,0% 2,0% 10,0%.</b> FORMA FARMACÊUTICA: BISNAGA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                       |
| <b>ACETILCISTEÍNA 40MG/ML 120ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                       |
| <b>ACETILCISTEÍNA, 20MG/ML 120ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                      |
| <b>ACETILCISTEÍNA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 600MG/5G.</b> FORMA FARMACÊUTICA: PÓ SUSPENSÃO ORAL. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                     |
| <b>ACICLOVIR CREME 50MG/G. BISNAGA COM 10G.</b> FORMA FARMACÊUTICA: BISNAGA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                |
| <b>ACICLOVIR. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 200MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. FORMA DE APRESENTAÇÃO EM COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL; CAIXA HOSPITALAR.                                                                                              |
| <b>ACICLOVIR. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 400MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. FORMA DE APRESENTAÇÃO EM COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL; CAIXA HOSPITALAR.                                                                                              |
| <b>ÁCIDO ACETILSALICÍLICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. FORMA DE APRESENTAÇÃO EM COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL; CAIXA HOSPITALAR.                                                                                 |
| <b>ÁCIDO ASCÓRBICO 1G/5ML. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 1G/5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL. FORMA DE APRESENTAÇÃO EM INJETÁVEL: 5ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. INJETÁVEL.                                                                                              |
| <b>ÁCIDO FÓLICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL; CAIXA HOSPITALAR.                                                                                                                                  |
| <b>ÁCIDO TRANEXÂMICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                     |
| <b>ÁCIDO TRANEXÂMICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                                                                                        |
| <b>ÁCIDO VALPRÓICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDOS REVESTIDOS. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                   |
| <b>ÁCIDO VALPRÓICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250MG/5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE/SOLUÇÃO ORAL. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL. FRASCO 100 ML.                                                                                                                  |
| <b>ADENOSINA 3 MG/ML - AMPOLA DE 2 ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 3MG/ML, 2 ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                            |
| <b>ALBENDAZOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 400MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDOS. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL. CAIXA HOSPITALAR.                                                                                                                                |
| <b>ALBENDAZOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 400MG/10ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL 10 ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                    |
| <b>ALENDRONATO DE SÓDIO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 70 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                         |
| <b>ALGESTONA ACETOFENIDA 150MG/ML + ENANTATO DE ESTRADIOL 10MG/ML. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: ALGESTONA ACETOFENIDA 150MG/ML + ENANTATO DE ESTRADIOL 10MG/M.</b> FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL. FORMA DE APRESENTAÇÃO: AMPOLA DE 1ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. INJETÁVEL. |
| <b>ALOGLIPTINA + PIOGLITAZONA 25/15MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 25/15MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                             |
| <b>ALOGLIPTINA + PIOGLITAZONA 25/30MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 25/30MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                             |
| <b>ALOPURINOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 300MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                   |
| <b>ALPRAZOLAM 1MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                       |
| <b>AMBROXOL, CLORIDRATO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 3 MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE – FRASCO 100ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                            |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>AMBROXOL, CLORIDRATO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 6MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE – FRASCO 100 ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                             |
| <b>AMINOFILINA 24MG/ML - AMPOLA DE 10 ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 24MG/ML, 10ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                         |
| <b>AMINOFILINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                   |
| <b>AMIODARONA 50MG/ML - AMPOLA DE 3 ML IV.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 50MG/ML, 3ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                         |
| <b>AMIODARONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 200MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                    |
| <b>AMITRIPTILINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                  |
| <b>AMOXICILINA + CLAVULANATO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250MG/5ML + 62,5MG/5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                        |
| <b>AMOXICILINA + CLAVULANATO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG (AMOXICILINA) + 125MG (CLAVULANATO).</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL. |
| <b>AMOXICILINA 250MG/5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA SUSPENSÃO: FRASCO 150 ML.                                                                                                                                         |
| <b>AMOXICILINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                      |
| <b>AMPICILINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA OU COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                         |
| <b>ANLODIPINO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                      |
| <b>APIXABAN (ELIQUIS) 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                  |
| <b>APLICADOR ACCU-CHECK LINK ASSIST(DIABETES MELLITUS TIPO 1) – ORDEM JUDICIAL</b>                                                                                                                                 |
| <b>ARIPIPRAZOL 10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 10MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                    |
| <b>ARIPIPRAZOL 20MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO GOTAS 20MG/ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                           |
| <b>ATENOLOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                       |
| <b>ATENOLOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                       |
| <b>ATOMOXETINA, CLORIDRATO. (ATENTAH) CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 10MG.</b> (FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                              |
| <b>ATROPINA 0,25MG 1ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 1ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                     |
| <b>AZITROMICINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                  |
| <b>AZITROMICINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 900MG; 22,5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                      |
| <b>BACLOFENO 10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 10MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                      |
| <b>BECLOMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250MCG FRASCO C/ 200 DOSES.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AEROSSOL ORAL – FRASCO COM 200 DOSES. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.  |
| <b>BECLOMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MCG FRASCO C/ 200 DOSES.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AEROSSOL ORAL – FRASCO COM 200 DOSES. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.   |
| <b>BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.00U. FRASCO COM 4ML.</b> PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                 |
| <b>BENZOATO DE BENZILA 0,25G/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: EMULSÃO TÓPICA 80ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                   |
| <b>BETAISTINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 16MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                               |
| <b>BETAISTINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 24MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                               |
| <b>BIPERIDENO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                      |
| <b>BISACODIL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                       |
| <b>BISOPROLOL, HEMIFUMARATO 5MG. (CONCOR).</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                       |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>BROMAZEPAM 3MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                       |
| <b>BROMAZEPAM 6MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                       |
| <b>BROMOPRIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                  |
| <b>BROMOPRIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG/2ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL – 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                           |
| <b>BROMOPRIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 4 MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL - GOTAS. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                     |
| <b>BUCLINA 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 25MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                                     |
| <b>BUDESONIDA 32MCG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO EM SPRAY NASAL, 120 DOSES, 32 MCG/DOSE, FRASCO 8,5 ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                |
| <b>BUPROPIONA 150MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                     |
| <b>CANDESARTANA 16MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 16MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                               |
| <b>CANDESARTANA 32MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                    |
| <b>CANDESARTANA CILEXETILA + HIDROCLOROTIAZIDA 16/12,5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                |
| <b>CAPTOPRIL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                   |
| <b>CARBAMAZEPINA 20MG/ML - 100ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO 100ML. PRAZO DE VALIDADE: DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                       |
| <b>CARBAMAZEPINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 200MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                              |
| <b>CARBONATO DE CÁLCIO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                        |
| <b>CARBONATO DE LÍTIO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 300MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                         |
| <b>CARVEDILOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 12,5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                |
| <b>CARVEDILOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                  |
| <b>CARVEDILOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 6,25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                |
| <b>CEFALEXINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                    |
| <b>CEFALEXINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250MG/5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                         |
| <b>CEFTRIAXONA 1 G IM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL 3,5ML; FORMA DE APRESENTAÇÃO: FRASCO AMPOLA + DILUENTE. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. INJETÁVEL.   |
| <b>CEFTRIAXONA 500MG IM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL 3,5ML; FORMA DE APRESENTAÇÃO: FRASCO AMPOLA + DILUENTE. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. INJETÁVEL. |
| <b>CEFTRIAXONA CONCENTRAÇÃO 1G.</b> FORMA FARMACÊUTICA: PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL INTRAVENOSA. UNIDADE DE FORNECIMENTO FRASCO - AMPOLA.                                                                                         |
| <b>CETOCONAZOL 200MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 200MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                              |
| <b>CETOCONAZOL POMADA.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CREME DERMATOLÓGICO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                          |
| <b>CETOPROFENO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL. (EV) PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                              |
| <b>CETOPROFENO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: GOTAS. FRASCO COM 20 ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                           |
| <b>CETOPROFENO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                           |
| <b>CETOPROFENO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL. IM PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                              |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CICLOBENZAPRINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                                        |
| <b>CILOSTAZOL 50MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 50MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>CIMETIDINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 150MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO AMPOLA - 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                               |
| <b>CIMETIDINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 200MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                                                                 |
| <b>CINARIZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 75MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                                                                  |
| <b>CIPROFLOXACINO + DEXAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 3MG + 1MG. (CYLOCORT)</b> FORMA FARMACÊUTICA: COLÍRIO - 5ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                      |
| <b>CIPROFLOXACINO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                                                             |
| <b>CITALOPRAM 20MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>CLINDAMICINA 300MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 300MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>CLOMIPRAMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                                                                |
| <b>CLOMIPRAMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 75MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                                                                |
| <b>CLONAZEPAM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2,5MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO GOTAS C/ 20ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                                                    |
| <b>CLONAZEPAM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                                                                   |
| <b>CLOPIDOGREL 75MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 75MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>CLORIDRATO DE CIPROEPTADINA + ASSOCIAÇÕES 240ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE/SOLUÇÃO ORAL. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. FRASCO 240ML.                                                                                                                                                                                    |
| <b>CLORIDRATO DE ONDANSETRONA 4MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                                                                          |
| <b>CLORPROMAZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                                                              |
| <b>CLORPROMAZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                                                               |
| <b>CLORPROMAZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 40MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO GOTAS/ FRASCO 20 ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                                           |
| <b>CLOZAPINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                                                                   |
| <b>CODEÍNA 30MG + PARACETAMOL 500MG. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 30MG/500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                                      |
| <b>COLÍRIO ANESTÉSICO 10MG 10ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COLÍRIO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>COMPLEXO B + DEXAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: AMPOLA I = 2 ML: VITAMINA B1 100MG + VITAMINA B6 100MG + VITAMINA B12 5000 MCG. AMPOLA II = 1 ML: ACETATO DE DEXAMETASONA 4MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL. FORMA DE APRESENTAÇÃO: AMPOLA I = 2ML E AMPOLA II = 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. INJETÁVEL. |
| <b>COMPLEXO B INJETÁVEL: VITAMINA B1 (CLORIDRATO DE TIAMINA) 100MG VITAMINA B6 (CLORIDRATO DE PIRIDOXINA) 100MG VITAMINA B12 (CIANOCOBALAMINA) 5000MCG E EXCIPIENTE (DIETANOLAMINA) 2ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL, IM. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                      |
| <b>CONTENDO 10 SETS DE INFUSÃO ACCU-CHECK FLEXLINK 08MMX60MB (DIABETES MELLITUS TIPO 1) – ORDEM JUDICIAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>CONTENDO 200 LANCETAS ACCU-CHECK FASTCLIX (DIABETES MELLITUS TIPO 1) – ORDEM JUDICIAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>CONTENDO 50 TIRAS DE TESTE ACCU-CHECK PERFORMA (DIABETES MELLITUS TIPO 1) – ORDEM JUDICIAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>DAPAGLIFLOZINA + CLORIDRATO DE METFORMINA 10MG/1000MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>DAPAGLIFLOZINA 10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>DESLOTATADINA 0,5MG/ML. USO PEDIÁTRICO.</b> FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE/SOLUÇÃO ORAL. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. FRASCO 60ML.                                                                                                                                                                                              |
| <b>DESVENLAFAXINA 50MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 50MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>DEXAMETASONA 4MG-</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                                                                     |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DEXAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0,1 MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: ELIXIR 100ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                              |
| <b>DEXAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 4MG/1ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO AMPOLA DE 2,5ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                      |
| <b>DEXAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: DEXAMETASONA 0,0005G + HIPROMELOSE 0,005G.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COLÍRIO – 5ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                             |
| <b>DEXAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1MG/G CREME.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: BISNAGA 10G. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                       |
| <b>DEXCLORFENIRAMINA + BETAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0,4MG/ML+0,05MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE 120ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                 |
| <b>DEXCLORFENIRAMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0,4MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL 100ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                    |
| <b>DEXCLORFENIRAMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                 |
| <b>DIAZEPAM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                         |
| <b>DIAZEPAM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO AMPOLA – 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                              |
| <b>DICLOFENACO DIETILAMONIO GEL BISNAGA COM 60G.</b> FORMA FARMACÊUTICA: BISNAGA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                    |
| <b>DICLOFENACO SÓDICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL. AMPOLA – FRASCO. 2,5ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                             |
| <b>DICLOFENACO SÓDICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                               |
| <b>DIGOXINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0,25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                       |
| <b>DIMENIDRINATO 3MG/ML + CLOR. PIRIDOXINA 5MG/ML + GLICOSE 100MG/ML + FRUTOSE 100MG/ML. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: DIMEDRINATO 3MG/ML + CLOR. PIRIDOXINA 5MG/ML + GLICOSE 100MG/ML + FRUTOSE 100MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL – FRASCO - AMPOLA 10ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |
| <b>DIMENIDRINATO 50MG + CLOR. PIRIDOXINA 10MG. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG DE DIMENIDRINATO + 10MG DE CLORIDRATO DE PIRIDOXINA 10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                              |
| <b>DIMENIDRINATO 50MG/ML + CLOR. PIRIDOXINA 50MG/ML. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG/ML DE DIMENIDRINATO + 50MG/ML DE CLORIDRATO DE PIRIDOXINA.</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO AMPOLA INTRAMUSCULAR 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                  |
| <b>DIOSMINA + HESPERIDINA 500MG. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: DIOSMINA 450MG + HESPERIDINA 50MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                           |
| <b>DIPIRONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDOS. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                       |
| <b>DIPIRONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO AMPOLA 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                              |
| <b>DIPIRONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO GOTAS, FRASCO 20ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                     |
| <b>DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA 400MCG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO INALATÓRIA. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. FLACONETE 2ML.                                                                                                                                                                |
| <b>DIPROPIONATO DE BETAMETASONA 5MG/ML+ FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA 2MG/ML. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG/ML+2MG/ML 1ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL- AMPOLA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                |
| <b>DIVALPROATO DE SÓDIO ER 250MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 250MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                                                                                                                              |
| <b>DIVALPROATO DE SÓDIO ER 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 500MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                                                                                                                              |
| <b>DOBUTAMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 12,5MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO-AMPOLA DE 20ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                       |
| <b>DOMPERIDONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                      |
| <b>DOMPERIDONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL – 100ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                        |
| <b>DOPAMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO-AMPOLA DE 10ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                            |
| <b>DORZAL MT. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: CLORIDRATO DE DORZOLAMIDA 20MG/ML + MALEATO DE TIMOLOL 5MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COLÍRIO 5ML. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                      |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DOXAZOSINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                            |
| <b>DOXICICLINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                         |
| <b>DROPROPIZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1,5MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE 120ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                   |
| <b>DROPROPIZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 3MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE 120ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                     |
| <b>DULOXETINA 30MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CAPSULA 30MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                   |
| <b>DULOXETINA 60MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CAPSULA 60MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                   |
| <b>DUTASTERIDA + CLORIDRATO DE TANSULOSINA 0,5/0,4MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 0,5/0,4MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                          |
| <b>EMPAGLIFLOZINA 25MG (JARDIANCE).</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 25MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                |
| <b>ENALAPRIL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                            |
| <b>ENALAPRIL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                            |
| <b>ENOXAPARINA SÓDICA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 40MG/0,4ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL, SUBCUTÂNEO/INTRAVENOSO. FORMA DE APRESENTAÇÃO: SERINGA PRÉ-ENCHIDA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.INJETÁVEL. |
| <b>EPINEFRINA 1MG/ML -AMPOLA DE 1 ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 1MG/ML, 1ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                           |
| <b>ESCITALOPRAM 10MG</b> - FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                  |
| <b>ESCOPLAMINA - SOLUÇÃO INJETÁVEL 20 MG/ML 1ML IM/EV-</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                   |
| <b>ESPIRONOLACTONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                      |
| <b>ESPIRONOLACTONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                      |
| <b>ESTRIOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1MG/G.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CREME VAGINAL – BISNAGA 50G COM APLICADOR. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                              |
| <b>ESTROGÊNIOS CONJUGADOS 0,625MG –</b> FORMA FARMACÊUTICA: DRÁGEAS.                                                                                                                                                                           |
| <b>ETINILESTRADIOL + LEVONORGESTREL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0,03 MG + 0,15 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                |
| <b>ETOMIDATO 2MG/5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL IV, 5 ML. PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                         |
| <b>EXFORGE HTC- VALSARTANA + HIDROCLOROTIAZIDA + BESILATO DE ANLODIPINO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 160MG + 12,5 + 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                            |
| <b>FENITOINA 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                          |
| <b>FENITOINA 50MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL. 2ML. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                            |
| <b>FENOBARBITAL 100MG/ML. AMPOLA INJETÁVEL.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                              |
| <b>FENOBARBITAL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                        |
| <b>FENOBARBITAL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 40MG/ML –</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO 20ML (GOTAS). PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                            |
| <b>FENTANILA 50MCG/ML-</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL. 10ML PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                           |
| <b>FEXOFENADINA 180MG-</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                  |
| <b>FEXOFENADINA 6MG/ML 150ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                       |
| <b>FINASTERIDA 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5 MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                         |
| <b>FITOMENADIONA 10MG/ML.</b> AMPOLA INJETÁVEL 1ML IM. FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                       |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FLUCONAZOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 150MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULAS. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                          |
| <b>FLUNARIZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                       |
| <b>FLUOCINOLONA ACETONIDA, SULFATO DE POLIMIXINA B, SULFATO DE NEOMICINA, CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA -10ML (OTOSYNALAR).</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO OTOLÓGICA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                       |
| <b>FLUOXETINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA OU COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                              |
| <b>FLUOXETINA.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO GOTAS. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                          |
| <b>FOSFATO DE SÓDIO MONOBÁSICO MONOIDRATADO 16G + FOSFATO DE SÓDIO DIBÁSICO HEPTAHIDRATADO 6G; VEÍCULO Q.S.P. 100ML.</b>                                                                                                                                                     |
| <b>FUROSEMIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO-AMPOLA DE 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                            |
| <b>FUROSEMIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 40MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                         |
| <b>GLIBENCLAMIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                       |
| <b>GLICERINA SUPOSITÓRIO ADULTO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2,68G DE GLICEROL.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUPOSITÓRIO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                         |
| <b>GLICERINA SUPOSITÓRIO INFANTIL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1,44G DE GLICEROL.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUPOSITÓRIO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                       |
| <b>GLICLAZIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 30MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 30MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                |
| <b>GLICLAZIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 60MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 30MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                |
| <b>GLICOSE 25% - AMPOLA DE 10ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 25%, 10ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                |
| <b>GLICOSE 50% - AMPOLA DE 10ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 50%, 10ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                |
| <b>GLIMEPIRIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 4MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                         |
| <b>HALOPERIDOL, DECANOATO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 70,52MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL. AMPOLA – FRASCO. 1ML PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                           |
| <b>HALOPERIDOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                         |
| <b>HEPARINA SÓDICA 5.000 UI/ 0,25 ML - AMPOLA 0,25 ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 5.000UI/0,25ML, 0,25ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                             |
| <b>HIDRALAZINA 50MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 50MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                             |
| <b>HIDROCLOROTIAZIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                  |
| <b>HIDROCORTISONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 100MG. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                               |
| <b>HIDROCORTISONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 500MG. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                               |
| <b>HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 60 MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL – 150ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                              |
| <b>HIOSCINA (BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA). CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10 MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL - GOTAS 20ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                         |
| <b>HIOSCINA (BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA). CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                             |
| <b>HIOSCINA COMPOSTA (BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA). CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 6,67MG/ML BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA + 333,4MG/ML DIPIRONA 20ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL - GOTAS. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |
| <b>HIOSCINA COMPOSTA (BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA+DIPIRONA). CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 4MG/ML / 500MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO AMPOLA 5 ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                     |
| <b>HIOSCINA COMPOSTA (BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA+DIPIRONA). CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG/250MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                    |
| <b>HIPROMELOSE. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 3MG DE HIPROMELOSE + 1MG DE DEXTRANO 71.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO OFTÁLMICA – FRASCO 15ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>HYABAK.</b> CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: <u>HIALURONATO DE SÓDIO 0,15% 10ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COLÍRIO 10ML. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                    |
| <b>IBUPROFENO 100MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL, FRASCO 20ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                   |
| <b>IBUPROFENO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 300MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                           |
| <b>IBUPROFENO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 600MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                           |
| <b>IMIPRAMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                            |
| <b>INDAPAMIDA 1.5 MG-.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 1.5MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                             |
| <b>INSULINA GLARGINA 100UI (BASAGLAR).</b> FORMA FARMACÊUTICA: SERINGA PREENCHIDA COM 3ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                   |
| <b>INZELM 10MG (FUMARATO DE VONOPRAZANA) CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                  |
| <b>IPRATRÓPIO, BROMETO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0,250MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO – FRASCO 20ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.    |
| <b>ISOSSORBIDA, DINITRATO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                |
| <b>ISOSSORBIDA, DINITRATO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO SUBLINGUAL. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                      |
| <b>ITRACONAZOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                             |
| <b>IVERMECTINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 6MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                            |
| <b>LACOSAMIDA 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 100MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                |
| <b>LACTULOSE. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 667MG/1ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO 120ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                      |
| <b>LAVITAN PRÉ-NATAL MULTI.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO PARA GESTANTE. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                |
| <b>LEVANLODIPINO 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 5MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                |
| <b>LEVEMIR. SOLUÇÃO INJETÁVEL - INSULINA DETEMIR 100 U/ML CADA REFIL CONTENDO 3ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA.                                                                              |
| <b>LEVETIRACETAM 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 500MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                            |
| <b>LEVETIRACETAM 750MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 750MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                            |
| <b>LEVETIRACETAM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                    |
| <b>LEVETIRACETAM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 750MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                      |
| <b>LEVODOPA + BENSERAZIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 200MG + 50MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                        |
| <b>LEVODOPA + CARBIDOPA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250MG DE LEVODOPA + 25MG DE CARBIDOPA.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |
| <b>LEVOFLOXACINO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA / COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                              |
| <b>LEVOTIROXINA SÓDICA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                  |
| <b>LEVOTIROXINA SÓDICA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                   |
| <b>LEVOTIROXINA SÓDICA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                   |
| <b>LIDOCAÍNA – CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2% COM VASOCONSTRITOR.</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO – AMPOLA DE 20ML.                                                                                    |
| <b>LIDOCAÍNA, CLORIDRATO 2% GELEIA- USO ADULTO E PEDIATRICO TUBO DE 30G.</b> FORMA FARMACÊUTICA: GEL DERMATOLÓGICO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.       |
| <b>LIDOCAÍNA.</b> CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2% SEM VASOCONSTRITOR. FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO-AMPOLA DE 20ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                 |
| <b>LISDEXANFETAMINA 30MG (VENVANSE).</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 30MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LISDEXANFETAMINA 50MG- (VENVANSE).</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                 |
| <b>LIXIANA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 30MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                |
| <b>LORATADINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                            |
| <b>LORATADINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1MG/ML. 100ML</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                  |
| <b>LORAZEPAM 2MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                         |
| <b>LOSARTANA POTÁSSICA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                   |
| <b>LUVIS GOLD OU RELUZE. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</b> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA / COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                              |
| <b>LYBERDIA 40MG/ML (DIMESILATO DE LISDEXANFETAMINA).</b> FORMA FARMACÊUTICA: 50ML SOLUÇÃO GOTAS. PRAZO DE VALIDADE A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                             |
| <b>MALEATO DE TIMOLOL 0,5% -</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO OFTÁLMICA. FRASCO 5 ML.                                                                                                            |
| <b>MEBENDAZOL 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 100MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                               |
| <b>MEBENDAZOL 20MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL, FRACO 30ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                   |
| <b>MECOBALAMINA (VIT.B12). CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1000 MCG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                            |
| <b>MEDROXIPROGESTERONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 150MG/ML. FRASCO – AMPOLA.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO INJETÁVEL 1ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |
| <b>MELOXICAM 15MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 15MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                   |
| <b>MEPERIDINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG/2ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO-AMPOLA DE 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                             |
| <b>METFORMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                           |
| <b>METFORMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 850MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                           |
| <b>METILDOPA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                            |
| <b>METILFENIDATO 10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                |
| <b>METILFENIDATO 18MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                |
| <b>METOCLOPRAMIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                        |
| <b>METOCLOPRAMIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG/2ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL, FRASCO – AMPOLA, 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.       |
| <b>METOCLOPRAMIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 4MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL – GOTAS, FRASCO 10ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.               |
| <b>METOPROLOL 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 100MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                               |
| <b>METOPROLOL 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                           |
| <b>METOPROLOL 50MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 50MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                 |
| <b>METOPROLOL 5MG (1MG/ML) -</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. SOLUÇÃO INJETÁVEL PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                             |
| <b>METRONIDAZOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                         |
| <b>METRONIDAZOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 40MG/ML (4%).</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL – FRASCO 100 ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.              |
| <b>MICONAZOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG/G.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CREME DERMATOLÓGICO 80GR. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                             |
| <b>MIDAZOLAM 50MG/10ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                |
| <b>MIDAZOLAN. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 15MG/3ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO-AMPOLA DE 3ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                               |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MIRTAPAZINA 30MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 30MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                            |
| <b>MORFINA. AMPOLA INJETÁVEL 1ML IM/IV.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                               |
| <b>NALTREXONA 50MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 50MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                                                              |
| <b>NARATRIPTANA 2,5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 2,5MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                                                          |
| <b>NEBIVOLOL 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 5MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                |
| <b>NEOMICINA + BACITRACINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 3,5MG DE NEOMICINA + 250 UI DE BACITRACINA.</b> FORMA FARMACÊUTICA: POMADA. FORMA DE APRESENTAÇÃO: POMADA 15G. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. .                    |
| <b>NIFEDIPINO 20MG. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                   |
| <b>NIMESULIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                       |
| <b>NIMESULIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL – GOTAS 20ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                      |
| <b>NIMODIPINO 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 5MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                               |
| <b>NISTATINA 100.000 UI/4 G CREME VAGINAL BISNAGA DE 60 G COM 14 APLICADORES.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CREME VAGINAL. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                  |
| <b>NISTATINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100.000 UI/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL 50ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                       |
| <b>NITAZOXANIDA 20MG/ML-100ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO. PRAZO DE VALIDADE: DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                            |
| <b>NITAZOXANIDA 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                    |
| <b>NITROFURANTOÍNA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO/CÁPSULA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                          |
| <b>NITROGLICERINA 5MG/ML AMPOLA 10 ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 5 MG/ML, 10 ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                    |
| <b>NOREPINEFRINA 2MG/4ML-AMPOLA DE 4 ML IV.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                              |
| <b>NORETISTERONA ENANTATO 50MG + ESTRADIOL VALERATO 5MG. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG DE NORETISTERONA + 5MG ESTRADIOL.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL. FRASCO – AMPOLA 1ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |
| <b>NORETISTERONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0,35MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                   |
| <b>NORFLOXACINO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 400MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                           |
| <b>NORTRIPTILINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                        |
| <b>NOVORAPID- SOLUÇÃO INJETÁVEL 100 U/ML DE ANÁLOGO DE INSULINA DE AÇÃO RÁPIDA.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. CADA REFIL CONTENDO 3ML.                                                                                                                    |
| <b>OLANZAPINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10 MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.</b> PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                             |
| <b>OLANZAPINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2,5 MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.</b> PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                            |
| <b>OLMESARTANA MEDOXOMILA 40MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 40MG. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                      |
| <b>OMEPRAZOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA / COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                               |
| <b>ONDANSETRONA 4 MG/2ML - AMPOLA DE 2 ML IM/IV.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 40MG/ML, 2ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                            |
| <b>ONDANSETRONA 4MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 4MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                                                              |
| <b>OXCARBAZEPINA 300MG. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 300MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO REVESTIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                          |
| <b>OXCARBAZEPINA 600MG. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 600MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO REVESTIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                          |
| <b>PACOTES DE SERVIÇO (DIABETES MELLITUS TIPO 1) – ORDEM JUDICIAL</b>                                                                                                                                                                                       |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PALMITATO DE RETINOL + COLECALCIFEROL + ÓXIDO DE ZINCO. PALMITATO DE RETINOL 5000UI/G + COLECALCIFEROL 900UI/G + ÓXIDO DE ZINCO 150MG/G.</b> FORMA FARMACÊUTICA: POMADA. FORMA DE APRESENTAÇÃO: POMADA 45G. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |
| <b>PANTOPRAZOL 40MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 40MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                     |
| <b>PARACETAMOL EV. AMPOLA 10ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                |
| <b>PARACETAMOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 200MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL – GOTAS – FRASCO 15ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                    |
| <b>PARACETAMOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                               |
| <b>PAROXETINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                       |
| <b>PASTA D'ÁGUA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10 %.</b> FORMA FARMACÊUTICA: PASTA DERMATOLÓGICA 100ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                |
| <b>PENTOXIFILINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 400MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO / CÁPSULA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                   |
| <b>PERMANGANATO DE POTÁSSIO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO TÓPICO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                           |
| <b>PERMETRINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1%.</b> FORMA FARMACÊUTICA: LOÇÃO TÓPICA 60ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 24 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                            |
| <b>POLISSULFATO DE MUCOPOLISSACARÍDEO POMADA (HIRUDOID)- 40G.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CREME DERMATOLÓGICO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                        |
| <b>POLIVITAMÍNICO E POLIMINERAL INFANTIL.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL 250ML + COPO MEDIDA. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                             |
| <b>POLIVITAMÍNICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: VITAMINA B1 4MG + VIT. B2 2 MG + VIT. B3 10 MG + VIT. B5 2 MG + VIT. B6 1 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                     |
| <b>PREDNISOLONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 15MG/5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL – FRASCO 60ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                           |
| <b>PREDNISONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                 |
| <b>PREDNISONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                  |
| <b>PREGABALINA 150MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 150MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                   |
| <b>PREGABALINA 75MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                          |
| <b>PROMETAZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2%. 30G.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CREME DERMATOLÓGICO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                    |
| <b>PROMETAZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                |
| <b>PROMETAZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG/2ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL – AMPOLA 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                        |
| <b>PROPAFENONA 300MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                              |
| <b>PROPATILNITRATO 10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 10MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                 |
| <b>PROPOFOL 10MG/ML AMPOLA 20 ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 20ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                            |
| <b>PROPRANOLOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 40 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                               |
| <b>QUETIAPINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                |
| <b>QUETIAPINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                |
| <b>REPELENTE PARA GESTANTE.</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO 100ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                              |
| <b>REVOC 50MG (MALEATO DE FLUVOXAMINA) CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                        |
| <b>RIFAMICINA SÓDICA 10MG/ML SPRAY TÓPICO - FRASCO COM 20 ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SPRAY TÓPICO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                            |
| <b>RISPERIDONA 1MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL 1MG/ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. FRASCO 30ML.                                                                                                                                  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RISPERIDONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                       |
| <b>RITALINA LA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: CLORIDRATO DE METILFENIDATO 10MG</b> FORMA FARMACÊUTICA: CAPSULA 10MG. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                  |
| <b>RIVAROXABANA 15MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 15MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                           |
| <b>RIVAROXABANA 20MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 20MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                           |
| <b>ROSUVASTATINA 10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 10MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                          |
| <b>ROSUVASTATINA CÁLCICA + EZETIMIBA 20/10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 20/10MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                 |
| <b>SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG/5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL – AMPOLA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                        |
| <b>SACCHOROMYCES BOULARDII-17 200MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                         |
| <b>SACUBITRIL/VALSARTANA 24/26MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                         |
| <b>SACUBITRIL/VALSARTANA 49/51MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                         |
| <b>SACUBITRIL/VALSARTANA 97/103MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                        |
| <b>SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL ADULTO E INFANTIL</b> - FORMA FARMACÊUTICA: SACHE. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                              |
| <b>SALBUTAMOL</b> - FORMA FARMACÊUTICA: INALAÇÃO ORAL. SOLUÇÃO PARA NEBULIZAÇÃO 10 ML. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                        |
| <b>SALBUTAMOL 100 MCG</b> – FORMA FARMACÊUTICA SPRAY: 200 DOSES. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                              |
| <b>SENSOR FREESTYLE LIBRE(DIABETES MELLITUS TIPO 1) – ORDEM JUDICIAL.</b> PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                     |
| <b>SERTRALINA, CLORIDRATO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                            |
| <b>SIMETICONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 40MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                        |
| <b>SIMETICONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 75MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL – GOTAS 20 ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                     |
| <b>SINVASTATINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                      |
| <b>SOLIFENACINA 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                               |
| <b>SOLUÇÃO FISIOLÓGICA NASAL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 9,0MG/ML CLORETO DE SÓDIO + CLORETO DE BENZALCÔNIO 0,1MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO NASAL – FRASCO 30ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |
| <b>SOMALGIN CARDIO 100MG.</b> - FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                          |
| <b>SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIMA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 400/80MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                   |
| <b>SULFATO DE MAGNÉSIO 10 % - AMPOLA DE 10 ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 10%, 10 ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                |
| <b>SULFATO FERROSO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG FE++.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO GOTAS. 30ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                     |
| <b>SULFATO FERROSO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 40MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                   |
| <b>SUXAMETONIO 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                              |
| <b>TARTARATO BRIMONIDINA 2MG 5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COLÍRIO 5ML. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                        |
| <b>TERBUTALINA 0,5MG/ML - AMPOLA DE 1 ML IV- SC.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 0,5MG/ML, 1ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                           |
| <b>TIABENDAZOL 10MG/1G+ NEOMICINA 5MG/1G.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CREME 15G. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                             |
| <b>TIAMINA 100MG/ML – COM 1ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                           |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TIAMINA 300MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO DE 300MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                           |
| <b>TICAGRELOR 90MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 90MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                      |
| <b>TOBRAMICINA + DEXAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 3MG/ML + 1 MG/ML. 5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COLÍRIO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                          |
| <b>TOBRAMICINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 3MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COLÍRIO. 5ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                   |
| <b>TOPIRAMATO 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                               |
| <b>TRAMADOL 100MG/ML. AMPOLA DE 2ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL.                                                                                                                                                                             |
| <b>TRAMADOL 50MG/ML. AMPOLA 2ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                      |
| <b>TRAMADOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                                         |
| <b>TRAZODONA 50MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 50MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                                                               |
| <b>TRIANCINOLONA ACETONIDA 1MG/G. BISNAGA COM 10G.</b> FORMA FARMACÊUTICA: BISNAGA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                   |
| <b>TRIMETAZIDINA 35MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 35MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                          |
| <b>TROLAMINA + BORATO DE 8-HIDROXIQUINOLINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 140MG/ML DE TROLAMINA + 0,40 MG/ML DE BORATO DE 8-HIDROXIQUINOLINA 5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO OTOLÓGICA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |
| <b>VALPROATO DE SÓDIO 50MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: 100ML SUSPENSÃO. PRAZO DE VALIDADE A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                   |
| <b>VALSARTANA + HIDROCLOROTIAZIDA 160/12,5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 160/12,5MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                              |
| <b>VALSARTANA + HIDROCLOROTIAZIDA 320/25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 320/25MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                 |
| <b>VALSARTANA + HIDROCLOROTIAZIDA 320+12,5 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                     |
| <b>VALSARTANA 320MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                      |
| <b>VALSARTANA+ HIDROCLOROTIAZIDA 80+12,5MG</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.                                                                                                                                                                              |
| <b>VALTELLINAMED – CDB FULL SPECTRUM – 6.000MG DE CBD E 0,3% DE THC, FRASCO COM 30ML, SENDO 200MG/ML DE CBD E 3MG/ML DE THC (20:0,3)</b>                                                                                                                    |
| <b>ORDEM JUDICIAL.</b> PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                        |
| <b>VARFARINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                          |
| <b>VECASTEN (MELILOTUS OFFICINALIS 26,4MG DE EXTRATO SECO).</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 26,4MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                    |
| <b>VENLAFAXINA 150MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 150MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                          |
| <b>VENLAFAXINA 37,5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 37,5MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                        |
| <b>VENLAFAXINA 75 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 75MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                           |
| <b>VERAPAMIL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 80MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                         |
| <b>VIMPOCETINA 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 5MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                              |
| <b>VITAMINA D.</b> FORMA FARMACÊUTICA: 20ML SOLUÇÃO GOTAS PEDIÁTRICA. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                         |
| <b>VITAMINA D3 50.000UI.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                     |
| <b>VITAMINA D3- 7.000UI.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                     |
| <b>VITAMINAS DO COMPLEXO B. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                           |
| <b>ZOLPIDEM 10MG-</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                    |
| <b>ZOLPIDEM 5MG SL.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

## ANEXO III – ESTIMATIVA DE PREÇOS



**MUNICÍPIO DE NOVAIS**

**RUA ANTONIO BLASQUES ROMEIRO,350**

**CNPJ : 65.711.699/0001-43**

**Lista com a média dos valores cotados**

| Número da Cotação: 00081/26 |             | Data: 05/08/2026                                          |      | Abertura: 16/08/2026 |                   | Encerramento: 28/08/2026 |  |
|-----------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------|------|----------------------|-------------------|--------------------------|--|
| Item                        | Código      | Descrição                                                 | Qtd. | Valor Médio          | Valor Total Médio |                          |  |
| 1                           | 032.004.404 | ACEBROFILINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG/5ML. FC 300      |      | 32,53                | 9.759,00          |                          |  |
| 2                           | 032.004.405 | ACEBROFILINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG/5ML. FC 300      |      | 45,31                | 13.593,00         |                          |  |
| 3                           | 032.005.029 | ACETATO DE HIDROCORTISONA + LIDOCAÍNA BASE + SUBC 300     |      | 28,02                | 8.406,00          |                          |  |
| 4                           | 032.004.568 | ACETILCISTEÍNA 40MG/ML 120ML. FORMA FARMACÉUTICA: 500     |      | 55,19                | 27.595,00         |                          |  |
| 5                           | 032.005.030 | ACETILCISTEÍNA, 30MG/ML 120ML. FORMA FARMACÉUTICA: 400    |      | 37,92                | 15.168,00         |                          |  |
| 6                           | 032.004.569 | ACETILCISTEÍNA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 600MG/5G. F 3.000   |      | 2,64                 | 7.920,00          |                          |  |
| 7                           | 032.004.570 | ACICLOVIR CREME 50MG/G. BISNAGA COM 10G. FORMA FAI 250    |      | 20,68                | 5.170,00          |                          |  |
| 8                           | 032.005.057 | ACICLOVIR. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 200MG. FORMA FA 4.000     |      | 1,08                 | 4.240,00          |                          |  |
| 9                           | 032.005.058 | ACICLOVIR. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 400MG. FORMA FA 8.000     |      | 2,12                 | 12.720,00         |                          |  |
| 10                          | 032.004.571 | ÁCIDO ACETILSALICÍLICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 1000 20.000  |      | 0,69                 | 13.800,00         |                          |  |
| 11                          | 032.004.559 | ÁCIDO ASCÓRBICO 1G/5ML. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 1G 2.500     |      | 3,59                 | 8.975,00          |                          |  |
| 12                          | 032.004.572 | ÁCIDO FÓLICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 5MG. FORMA F 15.000    |      | 0,26                 | 3.900,00          |                          |  |
| 13                          | 032.004.573 | ÁCIDO TRANEXÂMICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250 MG 4.000     |      | 1,55                 | 6.200,00          |                          |  |
| 14                          | 032.004.574 | ÁCIDO TRANEXÂMICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50 MG. 500       |      | 4,98                 | 2.490,00          |                          |  |
| 15                          | 032.004.575 | ÁCIDO VALPRÓICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 500MG. FC 24.000    |      | 2,12                 | 50.880,00         |                          |  |
| 16                          | 032.004.576 | ÁCIDO VALPRÓICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250MG/5M 150       |      | 29,82                | 4.473,00          |                          |  |
| 17                          | 032.004.520 | ADENOSINA 3 MG/ML - AMPOLA DE 2 ML. FORMA FARMACÊI 250    |      | 13,89                | 3.472,50          |                          |  |
| 18                          | 032.004.578 | ALBENDAZOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 400MG. FORMA 2.000      |      | 0,80                 | 1.600,00          |                          |  |
| 19                          | 032.004.579 | ALBENDAZOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 400MG/10ML. FC 1.500    |      | 15,86                | 23.490,00         |                          |  |
| 20                          | 032.004.580 | ALENDRONATO DE SÓDIO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 70 1.000      |      | 12,62                | 12.620,00         |                          |  |
| 21                          | 032.004.581 | ALGESTONA ACETOFENIDA 150MG/ML + ENANTATO DE EST 250      |      | 15,99                | 3.997,50          |                          |  |
| 22                          | 032.004.582 | ALOGLIPTINA + PIOGLITAZONA 25/15MG. FORMA FARMACÊI 1.500  |      | 11,40                | 17.100,00         |                          |  |
| 23                          | 032.004.583 | ALOGLIPTINA + PIOGLITAZONA 25/30MG. FORMA FARMACÊI 1.500  |      | 9,90                 | 14.850,00         |                          |  |
| 24                          | 032.004.584 | ALOPURINOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 300MG. FORMA 10.000     |      | 0,81                 | 8.100,00          |                          |  |
| 25                          | 032.004.585 | ALPRAZOLAM 1MG. FORMA FARMACÉUTICA: COMPRIMIDO. 10.000    |      | 1,99                 | 19.900,00         |                          |  |
| 26                          | 032.004.586 | AMBROXOL, CLORIDRATO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 30 500        |      | 15,87                | 7.935,00          |                          |  |
| 27                          | 032.004.587 | AMBROXOL, CLORIDRATO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 6M 500        |      | 15,62                | 7.810,00          |                          |  |
| 28                          | 032.004.521 | AMINOFILINA 24MG/ML - AMPOLA DE 10 ML. FORMA FARMACÊI 500 |      | 6,11                 | 3.055,00          |                          |  |
| 29                          | 032.004.588 | AMINOFILINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG. FORMA 1.500     |      | 0,12                 | 180,00            |                          |  |
| 30                          | 032.004.522 | AMIODARONA 50MG/ML - AMPOLA DE 3 ML IV. FORMA FARM 500    |      | 5,85                 | 2.925,00          |                          |  |
| 31                          | 032.004.589 | AMIODARONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 200MG. FORMA 5.000      |      | 0,83                 | 4.150,00          |                          |  |
| 32                          | 032.004.590 | AMITRIPTILINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG. FORMA 15.000   |      | 0,59                 | 8.850,00          |                          |  |
| 33                          | 032.004.591 | AMOXICILINA + CLAVULANATO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 1.500     |      | 35,96                | 53.940,00         |                          |  |
| 34                          | 032.004.592 | AMOXICILINA + CLAVULANATO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 6.000     |      | 5,11                 | 30.660,00         |                          |  |
| 35                          | 032.004.593 | AMOXICILINA 250MG/5ML- FORMA FARMACÉUTICA SUSPEN 1.500    |      | 36,95                | 55.425,00         |                          |  |
| 36                          | 032.004.594 | AMOXICILINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG. FORMA 15.000    |      | 2,03                 | 30.450,00         |                          |  |
| 37                          | 032.004.595 | AMPICILINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG. FORMA F 500      |      | 2,45                 | 1.225,00          |                          |  |
| 38                          | 032.004.598 | ANLIDIPINO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG. FORMA FA 10.000    |      | 1,22                 | 12.200,00         |                          |  |
| 39                          | 032.004.597 | APIXABAN (ELIQUIS) 5MG. FORMA FARMACÉUTICA: COMPR. 2.500  |      | 3,05                 | 7.625,00          |                          |  |
| 40                          | 032.005.068 | APLICADOR ACCU-CHECK LINK ASSIST(DIABETES MELLITU 1       |      | 348,01               | 348,01            |                          |  |
| 41                          | 032.004.598 | ARIPRAZOL 10MG. FORMA FARMACÉUTICA: COMPRIMIDO 2.000      |      | 2,36                 | 4.720,00          |                          |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43



MUNICÍPIO DE NOVAIS

RUA ANTONIO BLASQUES ROMEIRO,350

CNPJ : 65.711.699/0001-43

Lista com a média dos valores cotados

| Número da Cotação: 00061/26 |             | Data: 05/08/2026                                         | Abertura: 10/08/2026 | Encerramento: 28/08/2026 |                   |
|-----------------------------|-------------|----------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------|
| Item                        | Código      | Descrição                                                | Qtd.                 | Valor Médio              | Valor Total Médio |
| 42                          | 032.004.599 | ARIPRAZOL 20MG/ML. FORMA FARMACÉUTICA: SOLUÇÃO 500       |                      | 491,07                   | 245.535,00        |
| 43                          | 032.004.600 | ATENOLOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG. FORMA FAI 500      |                      | 0,45                     | 225,00            |
| 44                          | 032.004.601 | ATENOLOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG. FORMA FAI 500      |                      | 0,22                     | 110,00            |
| 45                          | 032.005.032 | ATOMOXETINA, CLORIDRATO. (ATENTAH) CONCENTRAÇÃO 5.000    |                      | 0,87                     | 4.350,00          |
| 46                          | 032.004.523 | ATROPINA 0,25MG, 1ML. FORMA FARMACÉUTICA: AMPOLA, 300    |                      | 3,34                     | 1.002,00          |
| 47                          | 032.004.602 | AZITROMICINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG. FORM 5.000    |                      | 8,56                     | 42.800,00         |
| 48                          | 032.004.603 | AZITROMICINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 900MG; 22,5MI 1.000  |                      | 73,53                    | 73.530,00         |
| 49                          | 032.004.604 | BACLOFENO 10MG. FORMA FARMACÉUTICA: COMPRIMIDO 2.000     |                      | 0,59                     | 1.180,00          |
| 50                          | 032.004.605 | BECLOMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250MCG F 100        |                      | 72,78                    | 7.278,00          |
| 51                          | 032.004.606 | BECLOMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MCG FR 150        |                      | 52,19                    | 7.828,50          |
| 52                          | 032.004.607 | BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.00U. FRASCO COM 4MI 500 |                      | 22,84                    | 11.420,00         |
| 53                          | 032.004.919 | BENZOATO DE BENZILA 0,25G/ML. FORMA FARMACÉUTICA: 50     |                      | 15,63                    | 781,50            |
| 54                          | 032.004.608 | BETAISTINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 16MG. FORMA F/ 8.000   |                      | 1,03                     | 8.240,00          |
| 55                          | 032.004.609 | BETAISTINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 24MG. FORMA F/ 15.000  |                      | 1,22                     | 18.300,00         |
| 56                          | 032.004.610 | BIPERIDENO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2MG. FORMA FA 3.000    |                      | 0,60                     | 1.800,00          |
| 57                          | 032.004.611 | BISACODIL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG. FORMA FAR 3.000    |                      | 1,24                     | 3.720,00          |
| 58                          | 032.004.612 | BISOPROLOL, HEMIFUMARATO 5MG. (CONCOR). FORMA FA 2.000   |                      | 2,83                     | 5.660,00          |
| 59                          | 032.004.613 | BROMAZEPAM 3MG. FORMA FARMACÉUTICA: COMPRIMIDO 2.000     |                      | 0,64                     | 1.280,00          |
| 60                          | 032.004.614 | BROMAZEPAM 6MG. FORMA FARMACÉUTICA: COMPRIMIDO 3.500     |                      | 0,83                     | 2.905,00          |
| 61                          | 032.004.615 | BROMOPRIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG. FORMA 10.000     |                      | 1,47                     | 14.700,00         |
| 62                          | 032.004.616 | BROMOPRIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG/2ML. FOI 3.500    |                      | 4,08                     | 14.280,00         |
| 63                          | 032.004.617 | BROMOPRIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 4 MG/ML. FOR 1.000     |                      | 22,20                    | 22.200,00         |
| 64                          | 032.004.618 | BUCLINA 25MG. FORMA FARMACÉUTICA: COMPRIMIDO 25M 2.500   |                      | 1,20                     | 3.000,00          |
| 65                          | 032.004.619 | BUDESONIDA 32MCG. FORMA FARMACÉUTICA: SUSPENSÃO 300      |                      | 38,38                    | 11.514,00         |
| 66                          | 032.004.620 | BUPROPIONA 150MG.FORMA FARMACÉUTICA: COMPRIMIDO 8.000    |                      | 1,51                     | 12.080,00         |
| 67                          | 032.004.621 | CANDESARTANA 16MG. FORMA FARMACÉUTICA: COMPRIM 1.000     |                      | 1,84                     | 1.840,00          |
| 68                          | 032.004.622 | CANDESARTANA 32MG- FORMA FARMACÉUTICA: COMPRIM 3.000     |                      | 2,24                     | 6.720,00          |
| 69                          | 032.004.623 | CANDESARTANA CILEXETILA + HIDROCLOROTIAZIDA 16/12, 1.500 |                      | 2,98                     | 4.470,00          |
| 70                          | 032.004.624 | CAPTOPRIL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG. FORMA FA 3.000    |                      | 0,51                     | 1.530,00          |
| 71                          | 032.004.625 | CARBAMAZEPINA 20MG/ML. FORMA FARMACÉUTICA: 100ML 500     |                      | 26,38                    | 13.190,00         |
| 72                          | 032.004.626 | CARBAMAZEPINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 200MG. FOI 17.000   |                      | 0,50                     | 8.500,00          |
| 73                          | 032.004.627 | CARBONATO DE CÁLCIO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500I 5.000    |                      | 1,91                     | 9.550,00          |
| 74                          | 032.004.628 | CARBONATO DE LÍTIO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 300MG 15.000   |                      | 0,64                     | 9.600,00          |
| 75                          | 032.004.629 | CARVEDILOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 12,5MG. FORMA 5.000    |                      | 0,29                     | 1.450,00          |
| 76                          | 032.004.630 | CARVEDILOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG. FORMA F 10.000   |                      | 1,62                     | 16.200,00         |
| 77                          | 032.004.631 | CARVEDILOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 6,25MG. FORMA 3.000    |                      | 0,17                     | 510,00            |
| 78                          | 032.004.632 | CEFALEXINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG. FORMA 7.500     |                      | 2,44                     | 18.300,00         |
| 79                          | 032.004.633 | CEFALEXINA.CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250MG/5ML. FOR 300      |                      | 59,20                    | 17.760,00         |
| 80                          | 032.004.634 | CEFTRIAXONA 1 G IM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 500MG. 2.000    |                      | 43,61                    | 87.220,00         |
| 81                          | 032.004.635 | CEFTRIAXONA 500MG IM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 500M 1.000    |                      | 30,04                    | 30.040,00         |
| 82                          | 032.004.636 | CEFTRIAXONA CONCENTRAÇÃO 1G. FORMA FARMACÉUTIC 2.500     |                      | 34,88                    | 87.200,00         |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43



MUNICÍPIO DE NOVAIS

RUA ANTONIO BLASQUES ROMERO,350

CNPJ : 65.711.699/0001-43

Lista com a média dos valores cotados

| Número da Cotação: 00061/26 |             | Data: 05/08/2026                                    |        | Abertura: 10/08/2026 |                   | Encerramento: 28/08/2026 |  |
|-----------------------------|-------------|-----------------------------------------------------|--------|----------------------|-------------------|--------------------------|--|
| Item                        | Código      | Descrição                                           | Qtd.   | Valor Médio          | Valor Total Médio |                          |  |
| 83                          | 032.004.637 | CETOCONAZOL 200MG- FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIM      | 1.500  | 0,81                 | 1.215,00          |                          |  |
| 84                          | 032.004.638 | CETOCONAZOL POMADA. FORMA FARMACÊUTICA: CREME       | 300    | 16,99                | 5.097,00          |                          |  |
| 85                          | 032.004.639 | CETOPROFENO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG. FORI      | 1.500  | 22,04                | 33.060,00         |                          |  |
| 86                          | 032.004.640 | CETOPROFENO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG/ML. FO      | 700    | 48,78                | 34.146,00         |                          |  |
| 87                          | 032.004.641 | CETOPROFENO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG. FORM       | 7.000  | 1,77                 | 12.390,00         |                          |  |
| 88                          | 032.004.642 | CETOPROFENO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG/ML. FO      | 3.000  | 4,39                 | 13.170,00         |                          |  |
| 89                          | 032.004.643 | CICLOBENZAPRINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG. FOF     | 12.000 | 1,89                 | 22.680,00         |                          |  |
| 90                          | 032.004.644 | CILOSTAZOL 50MG.FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO :    | 5.000  | 0,52                 | 2.600,00          |                          |  |
| 91                          | 032.004.624 | CIMETIDINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 150MG/ML. FORM    | 600    | 2,03                 | 1.218,00          |                          |  |
| 92                          | 032.004.645 | CIMETIDINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 200MG. FORMA F    | 5.000  | 0,64                 | 3.200,00          |                          |  |
| 93                          | 032.004.646 | CINARIZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 75MG. FORMA FA    | 3.500  | 0,73                 | 2.555,00          |                          |  |
| 94                          | 032.005.033 | CIPROFLOXACINO + DEXAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DC      | 50     | 30,10                | 1.505,00          |                          |  |
| 95                          | 032.004.647 | CIPROFLOXACINO.CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG. FO      | 10.000 | 3,60                 | 36.000,00         |                          |  |
| 96                          | 032.004.648 | CITALOPRAM 20MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO     | 7.000  | 1,84                 | 12.880,00         |                          |  |
| 97                          | 032.004.649 | CLINDAMICINA 300MG.FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMID    | 3.000  | 2,43                 | 7.290,00          |                          |  |
| 98                          | 032.004.650 | CLOMIPRAMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG. FORM      | 8.000  | 2,24                 | 17.920,00         |                          |  |
| 99                          | 032.004.651 | CLOMIPRAMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 75MG. FORM      | 2.500  | 2,96                 | 7.400,00          |                          |  |
| 100                         | 032.004.652 | CLONAZEPAM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2,5MG/ML. FOF     | 300    | 13,65                | 4.095,00          |                          |  |
| 101                         | 032.004.653 | CLONAZEPAM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2MG. FORMA F      | 20.000 | 0,31                 | 6.200,00          |                          |  |
| 102                         | 032.004.654 | CLOPIDOGREL 75MG.FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMID      | 8.000  | 1,88                 | 15.040,00         |                          |  |
| 103                         | 032.004.655 | CLORIDRATO DE CIPROEPTADINA + ASSOCIAÇÕES 240ML.    | 1.000  | 30,69                | 30.690,00         |                          |  |
| 104                         | 032.005.067 | CLORIDRATO DE ONDANSETRONA 4MG. FORMA FARMACÊ       | 5.000  | 2,30                 | 11.500,00         |                          |  |
| 105                         | 032.004.656 | CLORPROMAZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG. FO      | 10.000 | 0,65                 | 6.500,00          |                          |  |
| 106                         | 032.004.657 | CLORPROMAZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG. FOR      | 10.000 | 0,40                 | 4.000,00          |                          |  |
| 107                         | 032.004.658 | CLORPROMAZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 40MG/ML. F     | 50     | 12,89                | 644,50            |                          |  |
| 108                         | 032.005.034 | CLOZAPINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG. FORMA FA     | 1.000  | 2,34                 | 2.340,00          |                          |  |
| 109                         | 032.004.659 | CODEÍNA 30MG + PARACETAMOL 500MG. CONCENTRAÇÃO      | 7.500  | 1,87                 | 14.025,00         |                          |  |
| 110                         | 032.004.660 | COLÍRIO ANESTÉSICO 10MG 10ML. FORMA FARMACÊUTICA    | 100    | 23,82                | 2.382,00          |                          |  |
| 111                         | 032.004.661 | COMPLEXO B + DEXAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAG       | 1.000  | 13,88                | 13.880,00         |                          |  |
| 112                         | 032.004.662 | COMPLEXO B INJETÁVEL: VITAMINA B1 (CLORIDRATO DE TI | 3.000  | 16,93                | 50.790,00         |                          |  |
| 113                         | 032.005.068 | CONTENDO 10 SETS DE INFUSÃO ACCU-CHECK FLEXLINK C   | 12     | 1.157,73             | 13.892,76         |                          |  |
| 114                         | 032.005.069 | CONTENDO 200 LANCETAS ACCU-CHECK FASTCLIX(DIABET    | 9      | 155,23               | 1.397,07          |                          |  |
| 115                         | 032.005.070 | CONTENDO 50 TIRAS DE TESTE ACCU-CHECK PERFORMA (    | 36     | 144,44               | 5.199,84          |                          |  |
| 116                         | 032.004.663 | DAPAGLIFLOZINA + CLORIDRATO DE METFORMINA 10MG/11   | 500    | 8,17                 | 4.085,00          |                          |  |
| 117                         | 032.004.664 | DAPAGLIFLOZINA 10MG (FORXIGA). FORMA FARMACÊUTIC/   | 7.000  | 7,83                 | 54.810,00         |                          |  |
| 118                         | 032.004.665 | DESLOTATADINA 0,5MG/ML. USO PEDIATRICO. FORMA FAR   | 1.000  | 52,47                | 52.470,00         |                          |  |
| 119                         | 032.004.666 | DESVENLAFAXINA 50MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRII    | 8.000  | 1,82                 | 14.560,00         |                          |  |
| 120                         | 032.004.667 | DEXAMETASONA 4MG- FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMII     | 5.000  | 1,27                 | 6.350,00          |                          |  |
| 121                         | 032.004.668 | DEXAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0,1 MG/ML. I    | 150    | 15,64                | 2.346,00          |                          |  |
| 122                         | 032.004.669 | DEXAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 4MG/1ML. F      | 7.000  | 23,64                | 165.480,00        |                          |  |
| 123                         | 032.004.670 | DEXAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: DEXAMETA        | 100    | 15,33                | 1.533,00          |                          |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43



MUNICÍPIO DE NOVAIS

RUA ANTONIO BLASQUES ROMEIRO,350

CNPJ : 65.711.699/0001-43

Lista com a média dos valores cotados

| Número da Cotação: 00061/28 |             | Data: 05/08/2028                                              | Abertura: 10/08/2028 | Encerramento: 28/08/2028 |                   |
|-----------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------|
| Item                        | Código      | Descrição                                                     | Qtd.                 | Valor Médio              | Valor Total Médio |
| 124                         | 032.004.671 | DEXAMETASONA.CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1MG/G CREI                 | 1.000                | 13,60                    | 13.600,00         |
| 125                         | 032.004.672 | DEXCLORFENIRAMINA + BETAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1.000 |                      | 41,99                    | 41.990,00         |
| 126                         | 032.004.673 | DEXCLORFENIRAMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0,4MG                | 500                  | 7,73                     | 3.865,00          |
| 127                         | 032.004.674 | DEXCLORFENIRAMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2MG. I               | 3.000                | 1,12                     | 3.360,00          |
| 128                         | 032.004.675 | DIAZEPAM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG. FORMA FAF               | 6.000                | 1,06                     | 6.360,00          |
| 129                         | 032.004.389 | DIAZEPAM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG/ML. FORMA F               | 1.500                | 0,93                     | 1.395,00          |
| 130                         | 032.004.676 | DICLOFENACO DIETILAMONIO GEL BLSNAGA COM 60G. FOR             | 750                  | 15,32                    | 11.490,00         |
| 131                         | 032.004.677 | DICLOFENACO SÓDICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG                | 2.000                | 1,98                     | 3.960,00          |
| 132                         | 032.004.678 | DICLOFENACO SÓDICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG                | 15.000               | 0,64                     | 9.600,00          |
| 133                         | 032.004.679 | DIGOXINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0,25MG. FORMA FA              | 1.000                | 0,30                     | 300,00            |
| 134                         | 032.004.525 | DIMENIDRINATO 3MG/ML + CLOR. PIRIDOXINA 5MG/ML + GL           | 2.000                | 15,28                    | 30.560,00         |
| 135                         | 032.004.680 | DIMENIDRINATO 50MG + CLOR. PIRIDOXINA 10MG. CONCEN            | 10.000               | 0,75                     | 7.500,00          |
| 136                         | 032.004.681 | DIMENIDRINATO 50MG/ML + CLOR. PIRIDOXINA 50MG/ML. O           | 1.000                | 4,58                     | 4.580,00          |
| 137                         | 032.004.682 | DIOSMINA + HESPERIDINA 500MG. CONCENTRAÇÃO/DOSAG              | 20.000               | 2,21                     | 44.200,00         |
| 138                         | 032.004.683 | DIPIRONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG. FORMA FAI              | 20.000               | 0,72                     | 14.400,00         |
| 139                         | 032.004.684 | DIPIRONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG/ML. FORMA               | 8.000                | 2,99                     | 23.920,00         |
| 140                         | 032.004.685 | DIPIRONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG/ML. FORMA               | 10.000               | 20,88                    | 208.800,00        |
| 141                         | 032.004.686 | DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA 400MCG/ML. FORMA                | 200                  | 11,66                    | 2.332,00          |
| 142                         | 032.004.687 | DIPROPIONATO DE BETAMETASONA 5MG/ML+ FOSFATO DI               | 2.000                | 17,53                    | 35.060,00         |
| 143                         | 032.004.688 | DIVALPROATO DE SÓDIO ER 250MG. FORMA FARMACÊUTIC              | 5.000                | 1,47                     | 7.350,00          |
| 144                         | 032.004.689 | DIVALPROATO DE SÓDIO ER 500MG. FORMA FARMACÊUTIC              | 5.000                | 4,30                     | 21.500,00         |
| 145                         | 032.004.526 | DOBUTAMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 12,5MG/ML. FOI              | 200                  | 12,20                    | 2.440,00          |
| 146                         | 032.004.690 | DOMPERIDONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG. FORM                 | 15.000               | 0,27                     | 4.050,00          |
| 147                         | 032.004.691 | DOMPERIDONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1MG/ML. FOR                | 50                   | 54,04                    | 2.702,00          |
| 148                         | 032.004.527 | DOPAMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG/ML. FORMA F               | 500                  | 10,35                    | 5.175,00          |
| 149                         | 032.004.925 | DORZAL MT. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: CLORIDRATO DE                | 10                   | 80,43                    | 804,30            |
| 150                         | 032.004.692 | DOXAZOSINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2MG. FORMA F:               | 15.000               | 0,11                     | 1.650,00          |
| 151                         | 032.004.693 | DOXICICLINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG. FORMA               | 1.500                | 2,87                     | 4.305,00          |
| 152                         | 032.004.694 | DROPROPIZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1,5MG/ML. FC              | 500                  | 10,32                    | 5.160,00          |
| 153                         | 032.004.695 | DROPROPIZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 3MG/ML. FOR               | 500                  | 18,67                    | 9.335,00          |
| 154                         | 032.004.696 | DULOXETINA 30MG. FORMA FARMACÊUTICA: CAPSULA 30N              | 8.000                | 2,46                     | 19.680,00         |
| 155                         | 032.004.697 | DULOXETINA 60MG. FORMA FARMACÊUTICA: CAPSULA 60N              | 15.000               | 3,29                     | 49.350,00         |
| 156                         | 032.004.926 | DUTASTERIDA + CLORIDRATO DE TANSULOSINA 0,5/0,4MG.            | 2.000                | 4,42                     | 8.840,00          |
| 157                         | 032.004.698 | EMPAGLIFLOZINA 25MG (JARDIANCE). FORMA FARMACÊUT              | 30.000               | 10,13                    | 303.900,00        |
| 158                         | 032.004.699 | ENALAPRIL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG. FORMA FA               | 1.000                | 0,11                     | 110,00            |
| 159                         | 032.004.700 | ENALAPRIL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG. FORMA FA               | 1.000                | 0,19                     | 190,00            |
| 160                         | 032.004.701 | ENOXAPARINA SÓDICA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 40MGI                | 2.000                | 77,31                    | 154.620,00        |
| 161                         | 032.004.528 | EPINEFRINA 1MG/ML - AMPOLA DE 1 ML. FORMA FARMACÊI            | 500                  | 2,75                     | 1.375,00          |
| 162                         | 032.004.702 | ESCITALOPRAM 10MG - FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIM               | 20.000               | 0,39                     | 7.800,00          |
| 163                         | 032.004.560 | ESCOPOLAMINA - SOLUÇÃO INJETÁVEL 20 MG/ML 1ML IME             | 500                  | 2,96                     | 1.480,00          |
| 164                         | 032.004.703 | ESPIRONOLACTONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG. F                | 8.000                | 0,67                     | 5.360,00          |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43



MUNICÍPIO DE NOVAIS

RUA ANTONIO BLASQUES ROMEIRO,350

CNPJ : 65.711.699/0001-43

Lista com a média dos valores cotados

| Número da Cotação: 00061/28 |             | Data: 06/08/2028                                               |      | Abertura: 10/08/2028 |                   | Encerramento: 28/08/2028 |  |
|-----------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------|------|----------------------|-------------------|--------------------------|--|
| Item                        | Código      | Descrição                                                      | Qtd. | Valor Médio          | Valor Total Médio |                          |  |
| 165                         | 032.004.704 | ESPIRONOLACTONA, CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG. F 4.000           |      | 1,18                 | 4.720,00          |                          |  |
| 166                         | 032.004.705 | ESTRIOL, CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1MG/G. FORMA FAR 30             |      | 51,45                | 1.543,50          |                          |  |
| 167                         | 032.004.706 | ESTROGÊNIOS CONJUGADOS 0,625MG - FORMA FARMACÊ 500             |      | 11,01                | 5.505,00          |                          |  |
| 168                         | 032.005.035 | ETINILESTRADIOL + LEVONORGESTREL, CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 12.000 |      | 0,61                 | 7.320,00          |                          |  |
| 169                         | 032.004.529 | ETOMIDATO 2MG/5ML, FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL 200           |      | 16,22                | 3.244,00          |                          |  |
| 170                         | 032.005.054 | EXFORGE HTO- VALSARTANA + HIDROCLOROTIAZIDA + BE 2.500         |      | 9,08                 | 22.700,00         |                          |  |
| 171                         | 032.004.707 | FENITOINA 100MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. 10.000        |      | 0,55                 | 5.500,00          |                          |  |
| 172                         | 032.004.530 | FENITOINA 50MG/ML, FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO IN 1.000        |      | 5,75                 | 5.750,00          |                          |  |
| 173                         | 032.004.531 | FENOBARBITAL 100MG/ML, AMPOLA INJETÁVEL, PRAZO DE 500          |      | 8,91                 | 4.455,00          |                          |  |
| 174                         | 032.004.708 | FENOBARBITAL, CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG. FORM 4.000          |      | 0,38                 | 1.520,00          |                          |  |
| 175                         | 032.004.709 | FENOBARBITAL, CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 40MG/ML - FI 500           |      | 12,68                | 6.340,00          |                          |  |
| 176                         | 032.004.532 | FENTANILA 50MCG/ML - FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO 500           |      | 7,53                 | 3.765,00          |                          |  |
| 177                         | 032.004.710 | FEXOFENADINA 180MG- FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIM 4.000          |      | 6,65                 | 26.600,00         |                          |  |
| 178                         | 032.004.711 | FEXOFENADINA 6MG/ML 150ML, FORMA FARMACÊUTICA: SI 500          |      | 40,20                | 20.100,00         |                          |  |
| 179                         | 032.004.712 | FINASTERIDA 5MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. 10.000        |      | 1,69                 | 16.900,00         |                          |  |
| 180                         | 032.004.533 | FITOMENADIONA 10MG/ML, AMPOLA INJETÁVEL 1ML IM. PR 700         |      | 4,81                 | 3.367,00          |                          |  |
| 181                         | 032.004.713 | FLUCONAZOL, CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 150MG. FORM 2.000            |      | 10,73                | 21.460,00         |                          |  |
| 182                         | 032.004.714 | FLUNARIZINA, CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10 MG. FORMA 2.500          |      | 0,44                 | 1.100,00          |                          |  |
| 183                         | 032.004.715 | FLUOCINOLONA ACETONIDA, SULFATO DE POLIMIXINA B, S 400         |      | 19,71                | 7.884,00          |                          |  |
| 184                         | 032.004.716 | FLUOXETINA, CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG. FORMA F 20.000         |      | 0,41                 | 8.200,00          |                          |  |
| 185                         | 032.004.717 | FLUOXETINA, FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO GOTAS. F 50            |      | 37,45                | 1.872,50          |                          |  |
| 186                         | 032.004.534 | FOSFATO DE SÓDIO MONOBÁSICO MONOIDRATADO 16G + 100             |      | 17,96                | 1.796,00          |                          |  |
| 187                         | 032.004.535 | FUROSEMIDA, CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG/ML FOR 500              |      | 1,35                 | 675,00            |                          |  |
| 188                         | 032.004.718 | FUROSEMIDA, CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 40MG. FORMA I 10.000         |      | 0,58                 | 5.800,00          |                          |  |
| 189                         | 032.004.720 | GLIBENCLAMIDA, CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG. FORM 5.000           |      | 0,21                 | 1.050,00          |                          |  |
| 190                         | 032.004.721 | GLICERINA SUPOSITÓRIO ADULTO, CONCENTRAÇÃO/DOS 500             |      | 2,68                 | 1.340,00          |                          |  |
| 191                         | 032.004.722 | GLICERINA SUPOSITÓRIO INFANTIL, CONCENTRAÇÃO/DOS 300           |      | 2,03                 | 609,00            |                          |  |
| 192                         | 032.004.723 | GLICLAZIDA 30MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. 10.000        |      | 0,55                 | 5.500,00          |                          |  |
| 193                         | 032.005.036 | GLICLAZIDA, CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 60MG. FORMA F 5.000          |      | 1,49                 | 7.450,00          |                          |  |
| 194                         | 032.004.537 | GLICOSE 25% - AMPOLA DE 10ML, FORMA FARMACÊUTICA: 1.500        |      | 1,17                 | 1.755,00          |                          |  |
| 195                         | 032.004.538 | GLICOSE 50% - AMPOLA DE 10ML, FORMA FARMACÊUTICA: 700          |      | 2,61                 | 1.827,00          |                          |  |
| 196                         | 032.004.725 | GLIMEPIRIDA, CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 4MG. FORMA F 10.000         |      | 0,89                 | 8.900,00          |                          |  |
| 197                         | 032.004.539 | HALOPERIDOL, DECANOATO, CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 200              |      | 28,10                | 5.620,00          |                          |  |
| 198                         | 032.004.726 | HALOPERIDOL, CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG. FORMA I 5.000          |      | 0,47                 | 2.820,00          |                          |  |
| 199                         | 032.004.540 | HEPARINA SÓDICA 5.000 UI/ 0,25 ML - AMPOLA 0,25 ML. FOR 300    |      | 26,72                | 8.016,00          |                          |  |
| 200                         | 032.004.727 | HIDRALAZINA 50MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 5.000         |      | 0,64                 | 3.200,00          |                          |  |
| 201                         | 032.004.728 | HIDROCLOROTIAZIDA, CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG. 10.000          |      | 0,15                 | 1.500,00          |                          |  |
| 202                         | 032.004.541 | HIDROCORTISONA, CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG. FC 700            |      | 7,70                 | 5.390,00          |                          |  |
| 203                         | 032.004.542 | HIDROCORTISONA, CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG. FC 700            |      | 10,30                | 7.210,00          |                          |  |
| 204                         | 032.004.729 | HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO, CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 60 I 500          |      | 15,00                | 7.500,00          |                          |  |
| 205                         | 032.004.730 | HIOSCINA (BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA), CONCENT 1.500         |      | 27,72                | 41.580,00         |                          |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43



MUNICÍPIO DE NOVAIS

RUA ANTONIO BLASQUES ROMERO,350

CNPJ : 65.711.699/0001-43

Lista com a média dos valores cotados

| Número da Cotação: 00081/28 |             | Data: 05/08/2028                                    | Abertura: 10/08/2028 | Encerramento: 28/08/2028 |                   |
|-----------------------------|-------------|-----------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------|
| Item                        | Código      | Descrição                                           | Qtd.                 | Valor Médio              | Valor Total Médio |
| 206                         | 032.004.731 | HIOSCINA (BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA). CONCENT    | 10.000               | 2,09                     | 20.900,00         |
| 207                         | 032.004.543 | HIOSCINA COMPOSTA (BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMIN      | 2.000                | 2,38                     | 4.760,00          |
| 208                         | 032.004.732 | HIOSCINA COMPOSTA (BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMIN      | 2.000                | 28,94                    | 57.880,00         |
| 209                         | 032.004.733 | HIOSCINA COMPOSTA (BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMIN      | 15.000               | 0,62                     | 9.300,00          |
| 210                         | 032.004.734 | HIPROMELOSE. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 3MG DE HIPR      | 250                  | 41,68                    | 10.420,00         |
| 211                         | 032.004.928 | HYABAK. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: HIALURONATO DE S      | 50                   | 88,90                    | 4.445,00          |
| 212                         | 032.004.735 | IBUPROFENO 100MG/ML. FORMA FARMACÉUTICA: SOLUÇÃ     | 1.500                | 29,67                    | 44.505,00         |
| 213                         | 032.004.736 | IBUPROFENO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 300MG. FORMA      | 15.000               | 0,81                     | 12.150,00         |
| 214                         | 032.004.737 | IBUPROFENO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 600MG. FORMA      | 10.000               | 2,03                     | 20.300,00         |
| 215                         | 032.004.738 | IMIPRAMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG. FORMA F     | 2.500                | 0,95                     | 2.375,00          |
| 216                         | 032.004.739 | INDAPAMIDA 1.5 MG-. FORMA FARMACÉUTICA: COMPRIMID   | 4.000                | 0,95                     | 3.800,00          |
| 217                         | 032.004.740 | INSULINA GLARGINA 100UI (BASAGLAR). FORMA FARMACÊ   | 1.000                | 76,40                    | 76.400,00         |
| 218                         | 032.005.058 | INZELM 10MG (FUMARATO DE VONOPRAZANA) CONCENTR      | 5.000                | 6,84                     | 34.200,00         |
| 219                         | 032.004.741 | IPRATRÓPIO, BROMETO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0,25/    | 750                  | 30,91                    | 23.182,50         |
| 220                         | 032.004.742 | ISOSSORBIDA, DINITRATO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10    | 1.000                | 0,50                     | 500,00            |
| 221                         | 032.004.743 | ISOSSORBIDA, DINITRATO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5M    | 1.000                | 0,51                     | 510,00            |
| 222                         | 032.004.744 | ITRACONAZOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG. FORM      | 2.500                | 5,74                     | 14.350,00         |
| 223                         | 032.004.745 | IVERMECTINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 6MG. FORMA F     | 1.500                | 4,18                     | 6.270,00          |
| 224                         | 032.004.929 | LACOSAMIDA 100MG. FORMA FARMACÉUTICA: COMPRIMID     | 4.000                | 9,04                     | 36.160,00         |
| 225                         | 032.004.746 | LACTULOSE. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 667MG/1ML. FOR     | 500                  | 43,70                    | 21.850,00         |
| 226                         | 032.005.041 | LAVITAN PRÉ-NATAL MULTI. FORMA FARMACÉUTICA: COMF   | 4.000                | 2,15                     | 8.600,00          |
| 227                         | 032.004.747 | LEVANLODIPINO 5MG. FORMA FARMACÉUTICA: COMPRIMID    | 3.000                | 1,59                     | 4.770,00          |
| 228                         | 032.004.748 | LEVEMIR. SOLUÇÃO INJETÁVEL - INSULINA DETEMIR 100 U | 300                  | 146,94                   | 44.082,00         |
| 229                         | 032.005.059 | LEVETIRACETAM 500MG. FORMA FARMACÉUTICA: COMPRI     | 6.000                | 3,58                     | 21.480,00         |
| 230                         | 032.004.930 | LEVETIRACETAM 750MG. FORMA FARMACÉUTICA: COMPRI     | 3.000                | 6,65                     | 19.950,00         |
| 231                         | 032.005.038 | LEVETIRACETAM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG/ML.      | 200                  | 96,46                    | 19.292,00         |
| 232                         | 032.005.037 | LEVETIRACETAM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG FOR      | 3.000                | 4,21                     | 12.630,00         |
| 233                         | 032.004.749 | LEVODOPA + BENSERAZIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2     | 8.000                | 4,21                     | 33.680,00         |
| 234                         | 032.004.750 | LEVODOPA + CARBIDOPA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25/     | 500                  | 2,56                     | 1.280,00          |
| 235                         | 032.004.751 | LEVOFLOXACINO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG. FOF     | 3.000                | 4,94                     | 14.820,00         |
| 236                         | 032.004.752 | LEVOTIROXINA SÓDICA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100M     | 10.000               | 0,65                     | 6.500,00          |
| 237                         | 032.004.753 | LEVOTIROXINA SÓDICA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG     | 15.000               | 0,48                     | 7.200,00          |
| 238                         | 032.004.754 | LEVOTIROXINA SÓDICA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG     | 10.000               | 0,66                     | 6.600,00          |
| 239                         | 032.004.755 | LIDOCAÍNA - CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2% COM VASOC      | 100                  | 15,29                    | 1.529,00          |
| 240                         | 032.004.756 | LIDOCAÍNA, CLORIDRATO 2 % GELEIA- USO ADULTO E PEDI | 500                  | 25,69                    | 12.845,00         |
| 241                         | 032.004.544 | LIDOCAÍNA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2% SEM VASOC       | 500                  | 21,12                    | 10.560,00         |
| 242                         | 032.004.757 | LISDEXANFETAMINA 30MG (VENVANSE). FORMA FARMACÊ     | 5.000                | 18,21                    | 91.050,00         |
| 243                         | 032.004.758 | LISDEXANFETAMINA 50MG- (VENVANSE). FORMA FARMACÊ    | 5.000                | 19,74                    | 98.700,00         |
| 244                         | 032.005.039 | LIXIANA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 30MG). FORMA FARM    | 1.000                | 4,57                     | 4.570,00          |
| 245                         | 032.004.759 | LORATADINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG. FORMA F     | 10.000               | 1,36                     | 13.600,00         |
| 246                         | 032.004.760 | LORATADINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1MG/ML. 100ML     | 1.000                | 18,45                    | 18.450,00         |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43



MUNICÍPIO DE NOVAIS

RUA ANTONIO BLASQUES ROMEIRO,350

CNPJ : 65.711.699/0001-43

Lista com a média dos valores cotados

| Número da Cotação: 00081/28 |             | Data: 06/08/2028                                      | Abertura: 10/08/2028 | Encerramento: 28/08/2028 |                   |
|-----------------------------|-------------|-------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------|
| Item                        | Código      | Descrição                                             | Qtd.                 | Valor Médio              | Valor Total Médio |
| 247                         | 032.004.761 | LORAZEPAM 2MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO F       | 1.500                | 0,41                     | 615,00            |
| 248                         | 032.004.762 | LOSARTANA POTÁSSICA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50M        | 2.500                | 0,49                     | 1.225,00          |
| 249                         | 032.005.060 | LUVIS GOLD OU RELUZE. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: FOR       | 1.200                | 2,88                     | 3.456,00          |
| 250                         | 032.005.061 | LYBERDIA 40MG/ML (DIMESILATO DE LISDEXANFETAMINA).    | 2.000                | 525,64                   | 1.051.280,00      |
| 251                         | 032.004.763 | MALEATO DE TIMOLOL 0,5% - FORMA FARMACÊUTICA: SOL     | 300                  | 17,54                    | 5.262,00          |
| 252                         | 032.004.764 | MEBENDAZOL 100MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMID       | 500                  | 1,63                     | 815,00            |
| 253                         | 032.004.765 | MEBENDAZOL 20MG/ML. FORMA FARMACÊUTICA: SUSPEN        | 300                  | 25,00                    | 7.500,00          |
| 254                         | 032.005.040 | MECOBALAMINA (VIT.B12). CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10I     | 5.000                | 2,50                     | 12.500,00         |
| 255                         | 032.004.766 | MEDROXIPROGESTERONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 15         | 700                  | 25,08                    | 17.556,00         |
| 256                         | 032.004.767 | MELOXICAM 15MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO        | 3.000                | 0,62                     | 1.860,00          |
| 257                         | 032.004.545 | MEPERIDINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG/2ML. FOF      | 100                  | 5,39                     | 539,00            |
| 258                         | 032.004.768 | METFORMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG. FORM         | 1.000                | 0,30                     | 300,00            |
| 259                         | 032.004.769 | METFORMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 850MG. FORM         | 500                  | 0,42                     | 210,00            |
| 260                         | 032.004.770 | METILDOPA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250MG. FORMA F       | 7.000                | 1,06                     | 7.420,00          |
| 261                         | 032.004.771 | METILFENIDATO 10MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMI      | 10.000               | 0,94                     | 9.400,00          |
| 262                         | 032.005.062 | METILFENIDATO 18MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMI      | 6.000                | 7,04                     | 42.240,00         |
| 263                         | 032.004.772 | METOCLOPRAMIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG. FC        | 500                  | 0,51                     | 255,00            |
| 264                         | 032.004.773 | METOCLOPRAMIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG/2M         | 300                  | 1,05                     | 315,00            |
| 265                         | 032.004.774 | METOCLOPRAMIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 4MG/ML.         | 50                   | 14,62                    | 731,00            |
| 266                         | 032.004.775 | METOPROLOL 100MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMID       | 3.000                | 0,68                     | 2.040,00          |
| 267                         | 032.004.776 | METOPROLOL 25MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMID        | 3.000                | 0,63                     | 1.890,00          |
| 268                         | 032.004.777 | METOPROLOL 50MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMID        | 3.000                | 0,69                     | 2.070,00          |
| 269                         | 032.004.561 | METOPROLOL 5MG (1MG/ML)- SOLUÇÃO INJETÁVEL. PRAZ      | 300                  | 24,02                    | 7.206,00          |
| 270                         | 032.004.778 | METRONIDAZOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250MG. FOR        | 1.500                | 0,45                     | 675,00            |
| 271                         | 032.004.779 | METRONIDAZOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 40MG/ML (4)       | 300                  | 14,60                    | 4.380,00          |
| 272                         | 032.004.780 | MICONAZOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG/G. FORMA        | 300                  | 20,66                    | 6.198,00          |
| 273                         | 032.004.546 | MIDAZOLAM 50MG/10ML. FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO      | 750                  | 4,35                     | 3.262,50          |
| 274                         | 032.004.547 | MIDAZOLAM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 15MG/3ML. FOR        | 500                  | 2,06                     | 1.030,00          |
| 275                         | 032.004.781 | MIRTAZAPINA 30MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMID       | 8.000                | 7,58                     | 60.640,00         |
| 276                         | 032.004.548 | MORFINA, AMPOLA INJETÁVEL 1ML IM/IV. PRAZO DE VALID   | 1.000                | 3,65                     | 3.650,00          |
| 277                         | 032.005.063 | NALTREXONA 50MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMID        | 6.000                | 5,38                     | 32.280,00         |
| 278                         | 032.004.782 | NARATRIPTANA 2,5MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMI      | 5.000                | 2,41                     | 12.050,00         |
| 279                         | 032.004.784 | NEBIVOLOL 5MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 5       | 6.000                | 2,50                     | 15.000,00         |
| 280                         | 032.004.785 | NEOMICINA + BACITRACINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 3      | 3.000                | 17,25                    | 51.750,00         |
| 281                         | 032.004.786 | NIFEDIPINO 20MG. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG. FOR      | 7.500                | 0,42                     | 3.150,00          |
| 282                         | 032.004.788 | NIMESULIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG. FORMA        | 10.000               | 1,69                     | 16.900,00         |
| 283                         | 032.004.789 | NIMESULIDA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG/ML. FORM       | 500                  | 27,69                    | 13.845,00         |
| 284                         | 032.004.790 | NIMODIPINO 5MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO        | 50.000               | 1,67                     | 83.500,00         |
| 285                         | 032.004.791 | NISTATINA 100.00 UI/4 G CREME VAGINAL BISNAGA DE 60 G | 700                  | 23,61                    | 16.527,00         |
| 286                         | 032.004.792 | NISTATINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100.000 UI/ML. FO    | 500                  | 20,77                    | 10.385,00         |
| 287                         | 032.004.793 | NITAZOXANIDA 20MG/ML-100ML. FORMA FARMACÊUTICA:       | 8.700                | 35,86                    | 311.998,00        |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43



MUNICÍPIO DE NOVAIS

RUA ANTONIO BLASQUES ROMERO,350

CNPJ : 65.711.699/0001-43

Lista com a média dos valores cotados

| Número da Cotação: 00081/28 |             | Data: 06/08/2028                                    | Abertura: 10/08/2028 | Encerramento: 28/08/2028 |                   |
|-----------------------------|-------------|-----------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------|
| Item                        | Código      | Descrição                                           | Qtd.                 | Valor Médio              | Valor Total Médio |
| 288                         | 032.004.794 | NITAZOXANIDA 500MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMI    | 2.500                | 5,95                     | 14.875,00         |
| 289                         | 032.004.795 | NITROFURANTOÍNA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG. F     | 5.000                | 0,62                     | 3.100,00          |
| 290                         | 032.004.549 | NITROGLICERINA 5MG/ML, AMPOLA 10 ML. FORMA FARMAC   | 300                  | 95,23                    | 28.569,00         |
| 291                         | 032.004.550 | NOREPINEFRINA 2MG/4ML, AMPOLA DE 4 ML IV. FORMA FAI | 1.000                | 2,02                     | 2.020,00          |
| 292                         | 032.004.796 | NORETISTERONA ENANTATO 50MG + ESTRADIOL VALERAT     | 1.000                | 40,01                    | 40.010,00         |
| 293                         | 032.004.797 | NORETISTERONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0,35MG. FC     | 100                  | 0,60                     | 60,00             |
| 294                         | 032.004.798 | NORFLOXACINO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 400MG. FOR      | 15.000               | 0,71                     | 10.650,00         |
| 295                         | 032.004.799 | NORTRIPTILINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG. FORM     | 5.000                | 0,59                     | 2.950,00          |
| 296                         | 032.004.800 | NOVORAPID- SOLUÇÃO INJETÁVEL 100 UI/ML DE ANÁLOGO   | 50                   | 90,58                    | 4.529,00          |
| 297                         | 032.005.043 | OLANZAPINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10 MG. FORMA I    | 2.500                | 2,21                     | 5.525,00          |
| 298                         | 032.005.042 | OLANZAPINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2,5 MG. FORMA     | 2.500                | 0,27                     | 675,00            |
| 299                         | 032.004.932 | OLMESARTANA MEDOXOMILA 40MG. FORMA FARMACÊUTIC      | 3.000                | 1,34                     | 4.020,00          |
| 300                         | 032.004.805 | OMEPRAZOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG. FORMA F      | 15.000               | 2,17                     | 32.550,00         |
| 301                         | 032.004.806 | ONDANSETRONA 4 MG/2ML - AMPOLA DE 2 ML IM/IV. FORM  | 3.500                | 3,49                     | 12.215,00         |
| 302                         | 032.004.807 | ONDANSETRONA 4MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMI      | 8.000                | 1,51                     | 12.080,00         |
| 303                         | 032.004.808 | OXCARBAZEPINA 300MG. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 300I     | 500                  | 1,51                     | 755,00            |
| 304                         | 032.004.809 | OXCARBAZEPINA 600MG. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 600I     | 500                  | 2,43                     | 1.215,00          |
| 305                         | 032.005.071 | PACOTES DE SERVIÇO (DIABETES MELLITUS TIPO 1) - ORD | 4                    | 351,05                   | 1.404,20          |
| 306                         | 032.004.810 | PALMITATO DE RETINOL + COLECALCIFEROL + ÓXIDO DE Z  | 1.000                | 15,58                    | 15.580,00         |
| 307                         | 032.004.811 | PANTOPRAZOL 40MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMI      | 15.000               | 1,33                     | 19.950,00         |
| 308                         | 032.004.812 | PARACETAMOL EV. AMPOLA 10ML. FORMA FARMACÊUTICA     | 1.000                | 30,77                    | 30.770,00         |
| 309                         | 032.004.813 | PARACETAMOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 200MG/ML. F      | 1.000                | 11,56                    | 11.560,00         |
| 310                         | 032.004.814 | PARACETAMOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG. FORM      | 10.000               | 0,48                     | 4.800,00          |
| 311                         | 032.004.815 | PAROXETINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG. FORMA F     | 7.500                | 0,48                     | 3.600,00          |
| 312                         | 032.004.816 | PASTA D'ÁGUA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10 %. FORMA     | 100                  | 16,60                    | 1.660,00          |
| 313                         | 032.004.817 | PENTOXIFILINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 400MG. FORM    | 4.000                | 2,67                     | 10.680,00         |
| 314                         | 032.004.818 | PERMANGANATO DE POTÁSSIO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGE       | 500                  | 0,53                     | 265,00            |
| 315                         | 032.004.819 | PERMETRINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1%. FORMA FAI     | 500                  | 20,27                    | 10.135,00         |
| 316                         | 032.004.821 | POLISSULFATO DE MUCOPOLISSACARÍDEO POMADA (HIRU     | 1.000                | 42,01                    | 42.010,00         |
| 317                         | 032.004.822 | POLIVITAMÍNICO E POLIMINERAL INFANTIL. FORMA FARMA  | 500                  | 54,83                    | 27.415,00         |
| 318                         | 032.004.823 | POLIVITAMÍNICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: VITAMINA B    | 8.000                | 1,20                     | 9.600,00          |
| 319                         | 032.004.824 | PREDNISOLONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 15MG/5ML. F     | 700                  | 33,35                    | 23.345,00         |
| 320                         | 032.004.825 | PREDNISONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG. FORMA I     | 15.000               | 0,30                     | 4.500,00          |
| 321                         | 032.004.826 | PREDNISONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG. FORMA F      | 7.500                | 0,54                     | 4.050,00          |
| 322                         | 032.004.827 | PREGABALINA 150MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMI     | 7.000                | 1,34                     | 9.380,00          |
| 323                         | 032.004.828 | PREGABALINA 75MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMI      | 15.000               | 1,10                     | 16.500,00         |
| 324                         | 032.004.829 | PROMETAZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2%. 30G. FORI    | 250                  | 29,33                    | 7.332,50          |
| 325                         | 032.004.830 | PROMETAZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG. FORMA      | 4.000                | 0,35                     | 1.400,00          |
| 326                         | 032.004.552 | PROMETAZINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG/2ML. FC     | 1.000                | 6,53                     | 6.530,00          |
| 327                         | 032.004.831 | PROPAFENONA 300MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIM      | 6.000                | 2,34                     | 14.040,00         |
| 328                         | 032.004.832 | PROPATILNITRATO 10MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPR     | 3.000                | 0,90                     | 2.700,00          |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43



MUNICÍPIO DE NOVAIS

RUA ANTONIO BLASQUES ROMERO,350

CNPJ : 65.711.699/0001-43

Lista com a média dos valores cotados

| Número da Cotação: |             | Data:                                                | Abertura:  | Encerramento: |                   |
|--------------------|-------------|------------------------------------------------------|------------|---------------|-------------------|
| 00081/28           |             | 05/08/2028                                           | 10/08/2028 | 28/08/2028    |                   |
| Item               | Código      | Descrição                                            | Qtd.       | Valor Médio   | Valor Total Médio |
| 329                | 032.004.553 | PROPOFOL 10MG/ML, AMPOLA 20 ML. FORMA FARMACÊUTI     | 500        | 14,24         | 7.120,00          |
| 330                | 032.004.833 | PROPRANOLOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 40MG. FORM        | 5.000      | 0,20          | 1.000,00          |
| 331                | 032.005.044 | QUETIAPINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25 MG. FORMA F     | 7.000      | 1,51          | 10.570,00         |
| 332                | 032.005.045 | QUETIAPINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50 MG. FORMA F     | 5.000      | 6,15          | 30.750,00         |
| 333                | 032.005.072 | REPELENTE PARA GESTANTE. FORMA FARMACÊUTICA: FR      | 1.000      | 48,49         | 48.490,00         |
| 334                | 032.005.048 | REVOC 50MG (MALEATO DE FLUVOXAMINA). FORMA FARM      | 3.000      | 3,60          | 10.800,00         |
| 335                | 032.004.837 | RIFAMICINA SÓDICA 10MG/ML SPRAY TÓPICO - FRASCO CC   | 1.000      | 38,32         | 38.320,00         |
| 336                | 032.004.838 | RISPERIDONA 1MG/ML. FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO      | 1.000      | 68,88         | 68.880,00         |
| 337                | 032.005.046 | RISPERIDONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1 MG. FORMA I     | 5.000      | 1,73          | 8.650,00          |
| 338                | 032.004.934 | RITALINA LA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: CLORIDRATO DE     | 2.000      | 4,80          | 9.600,00          |
| 339                | 032.004.839 | RIVAROXABANA 15MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMI      | 3.000      | 3,41          | 10.230,00         |
| 340                | 032.004.840 | RIVAROXABANA 20MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMI      | 15.000     | 2,88          | 43.200,00         |
| 341                | 032.004.841 | ROSUVASTATINA 10MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIM      | 20.000     | 3,07          | 61.400,00         |
| 342                | 032.004.842 | ROSUVASTATINA CÁLCICA + EZETIMIBA 20/10MG. FORMA F   | 6.000      | 4,02          | 24.120,00         |
| 343                | 032.004.554 | SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO. CONCENTRAÇÃO/DOS      | 1.500      | 20,01         | 30.015,00         |
| 344                | 032.005.073 | SACCHAROMYCES BOULARDII-17 200MG. FORMA FARMACÊ      | 7.000      | 2,43          | 17.010,00         |
| 345                | 032.005.047 | SACUBITRIL/VALSARTANA 24/26MG. FORMA FARMACÊUTIC     | 1.500      | 6,34          | 9.510,00          |
| 346                | 032.004.846 | SACUBITRIL/VALSARTANA 49/51MG. FORMA FARMACÊUTIC     | 7.000      | 8,08          | 56.560,00         |
| 347                | 032.004.847 | SACUBITRIL/VALSARTANA 97/103MG. FORMA FARMACÊUTIC    | 1.500      | 8,18          | 12.270,00         |
| 348                | 032.005.074 | SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL ADULTO E INFANTIL - FOR   | 5.000      | 5,14          | 25.700,00         |
| 349                | 032.005.075 | SALBUTAMOL - FORMA FARMACÊUTICA: INALAÇÃO ORAL       | 1.500      | 33,43         | 16.715,00         |
| 350                | 032.005.076 | SALBUTAMOL 100 MCG - FORMA FARMACÊUTICA SPRAY: 2     | 3.000      | 36,83         | 110.490,00        |
| 351                | 032.005.077 | SENSOR FREESTYLE LIBRE(DIABETES MELLITUS TIPO 1) - I | 27         | 320,11        | 8.642,97          |
| 352                | 032.004.853 | SERTRALINA, CLORIDRATO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5      | 20.000     | 1,96          | 39.200,00         |
| 353                | 032.004.854 | SIMETICONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 40MG. FORMA F      | 5.000      | 0,84          | 4.200,00          |
| 354                | 032.004.855 | SIMETICONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 75MG/ML FORM       | 1.500      | 36,85         | 53.775,00         |
| 355                | 032.004.856 | SINAVASTATINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG. FORM      | 10.000     | 0,84          | 8.400,00          |
| 356                | 032.004.857 | SOLIFENACINA 5MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMID      | 5.000      | 2,29          | 11.450,00         |
| 357                | 032.004.858 | SOLUÇÃO FISIOLÓGICA NASAL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGE       | 500        | 15,36         | 7.680,00          |
| 358                | 032.004.859 | SOMALGIN CARDIO 100MG-. FORMA FARMACÊUTICA: COMF     | 5.000      | 0,78          | 3.900,00          |
| 359                | 032.004.860 | SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIMA. CONCENTRAÇÃO/DOS        | 3.000      | 2,86          | 8.580,00          |
| 360                | 032.004.555 | SULFATO DE MAGNÉSIO 10 % - AMPOLA DE 10 ML. FORM     | 100        | 5,49          | 549,00            |
| 361                | 032.004.861 | SULFATO FERROSO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG FE       | 150        | 4,13          | 619,50            |
| 362                | 032.004.862 | SULFATO FERROSO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 40MG. FI      | 12.000     | 0,23          | 2.760,00          |
| 363                | 032.004.556 | SUXAMETONIO 500MG. FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO       | 300        | 29,83         | 8.949,00          |
| 364                | 032.004.936 | TARTARATO BRIMONIDINA 2MG 5ML. FORMA FARMACÊUTIC     | 50         | 103,87        | 5.193,50          |
| 365                | 032.004.557 | TERBUTALINA 0,5MG/ML - AMPOLA DE 1 ML IV- SC. FORM   | 100        | 2,72          | 272,00            |
| 366                | 032.004.863 | TIABENDAZOL 10MG/1G+ NEOMICINA 5MG/1G. FORMA FAR     | 200        | 47,62         | 9.524,00          |
| 367                | 032.004.558 | TIAMINA 100MG/ML - COM 1ML. FORMA FARMACÊUTICA: A    | 500        | 15,24         | 7.620,00          |
| 368                | 032.004.864 | TIAMINA 300MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO DE     | 10.000     | 1,14          | 11.400,00         |
| 369                | 032.004.865 | TICAGRELOR 90MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO      | 500        | 8,77          | 4.385,00          |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43



MUNICÍPIO DE NOVAIS

RUA ANTONIO BLASQUES ROMEIRO,350

CNPJ : 65.711.699/0001-43

Lista com a média dos valores cotados

| Número da Cotação: |             | Data:                                                      |           | Abertura:   |                   | Encerramento: |  |
|--------------------|-------------|------------------------------------------------------------|-----------|-------------|-------------------|---------------|--|
| 00081/28           |             | 06/08/2028                                                 |           | 10/08/2028  |                   | 28/08/2028    |  |
| Item               | Código      | Descrição                                                  | Qtd.      | Valor Médio | Valor Total Médio |               |  |
| 370                | 032.004.866 | TOBRAMICINA + DEXAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAG: 350        |           | 38,44       | 13.454,00         |               |  |
| 371                | 032.004.867 | TOBRAMICINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 3MG/ML. FORM. 500       |           | 21,54       | 10.770,00         |               |  |
| 372                | 032.005.064 | TOPIRAMATO 25MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 3.000      |           | 0,69        | 2.070,00          |               |  |
| 373                | 032.004.868 | TRAMADOL 100MG/ML. AMPOLA DE 2ML. FORMA FARMACÊUTIC. 3.000 |           | 16,69       | 50.070,00         |               |  |
| 374                | 032.004.869 | TRAMADOL 50MG/ML. AMPOLA 2ML. FORMA FARMACÊUTIC. 1.500     |           | 3,58        | 5.370,00          |               |  |
| 375                | 032.004.870 | TRAMADOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100 MG. FORMA F 10.000     |           | 14,32       | 143.200,00        |               |  |
| 376                | 032.004.871 | TRAZODONA 50MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 3.000       |           | 17,97       | 53.910,00         |               |  |
| 377                | 032.004.872 | TRIANCINOLONA ACETONIDA 1MG/G. BISNAGA COM 10G. FI 150     |           | 14,64       | 2.196,00          |               |  |
| 378                | 032.004.873 | TRIMETAZIDINA 35MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIME 500       |           | 2,47        | 1.235,00          |               |  |
| 379                | 032.004.874 | TROLAMINA + BORATO DE 8-HIDROXIQUINOLINA. CONCENT 300      |           | 21,31       | 6.393,00          |               |  |
| 380                | 032.004.875 | VALPROATO DE SÓDIO 50MG/ML. FORMA FARMACÊUTICA: 500        |           | 22,55       | 11.275,00         |               |  |
| 381                | 032.004.876 | VALSARTANA + HIDROCLOROTIAZIDA 160/12,5MG. FORMA F 1.000   |           | 3,58        | 3.580,00          |               |  |
| 382                | 032.004.937 | VALSARTANA + HIDROCLOROTIAZIDA 320/25MG. FORMA FA 7.500    |           | 4,46        | 33.450,00         |               |  |
| 383                | 032.004.877 | VALSARTANA + HIDROCLOROTIAZIDA 320+12,5 MG. FORMA 15.000   |           | 4,92        | 73.800,00         |               |  |
| 384                | 032.004.878 | VALSARTANA 320MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMID 5.000      |           | 3,67        | 18.350,00         |               |  |
| 385                | 032.004.880 | VALSARTANA+ HIDROCLOROTIAZIDA 80+12,5MG FORMA FA 1.000     |           | 3,63        | 3.630,00          |               |  |
| 386                | 032.005.065 | VALTELLINAMED – CDB FULL SPECTRUM – 6.000MG DE CBC 20      |           | 1.084,52    | 21.690,40         |               |  |
| 387                | 032.004.881 | VARFARINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG. FORMA FAF 4.000      |           | 0,59        | 2.360,00          |               |  |
| 388                | 032.004.882 | VECASTEN (MELILOTUS OFFICINALIS) 26,4MG DE EXTRATO 5.000   |           | 4,13        | 20.650,00         |               |  |
| 389                | 032.004.883 | VENLAFAXINA 150MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMID 10.000    |           | 4,84        | 48.400,00         |               |  |
| 390                | 032.004.884 | VENLAFAXINA 37,5MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMII 8.000    |           | 3,12        | 24.960,00         |               |  |
| 391                | 032.004.885 | VENLAFAXINA 75 MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMID 10.000    |           | 3,30        | 33.000,00         |               |  |
| 392                | 032.004.886 | VERAPAMIL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 80MG. FORMA FA 1.000      |           | 0,94        | 940,00            |               |  |
| 393                | 032.004.887 | VIMPOCETINA 5MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 1.500      |           | 1,14        | 1.710,00          |               |  |
| 394                | 032.004.888 | VITAMINA D. FORMA FARMACÊUTICA: 20ML SOLUÇÃO GOT. 1.500    |           | 34,94       | 52.410,00         |               |  |
| 395                | 032.004.890 | VITAMINA D3- 7.000UI. FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA. F 3.000 |           | 3,57        | 10.710,00         |               |  |
| 396                | 032.004.889 | VITAMINA D3 50.000UI. FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA. F 3.000 |           | 8,32        | 24.960,00         |               |  |
| 397                | 032.004.891 | VITAMINAS DO COMPLEXO B. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5.000       |           | 0,58        | 2.900,00          |               |  |
| 398                | 032.004.892 | ZOLPIDEM 10MG- FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. P 5.000     |           | 8,81        | 44.050,00         |               |  |
| 399                | 032.004.893 | ZOLPIDEM 5MG SL. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. 6.000     |           | 6,98        | 41.880,00         |               |  |
| TOTAL              |             |                                                            | 1.614.799 | 9.354,58    | 7.825.927,55      |               |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

## ANEXO IV – MODELO PROPOSTA DE PREÇOS

Ao

Município de Novais/SP

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro

Novais/SP

Processo de Licitação nº ---/20--

Pregão Eletrônico nº --/20--

**OBJETO:** Registro de preços para eventual aquisição parcelada de Medicamentos Éticos, Genéricos ou Similares, cujos manuais de boas práticas sejam aprovados pela ANVISA e sua comercialização seja devidamente autorizada pelo Ministério da Saúde, destinados à manutenção das atividades da Farmácia Municipal de Novais, pelo período de 12(doze) meses, conforme especificações constantes no ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA.

**Adverte-se que a simples apresentação desta Proposta será considerada como indicação bastante de que inexistem fatos que impeçam a participação do licitante neste certame.**

### I – IDENTIFICAÇÃO DA PROPONENTE:

Razão Social/NOME COMPLETO: -----

CNPJ Nº: --.---.---/-----

Inscrição Estadual nº ---.---.---.---

Inscrição Municipal nº -----

Endereço: ----- Bairro: -----

CEP: --.-----

Cidade/Estado: -----/ --

Telefone: (--) ----- Fax: (--) -----

Representante legal/ procurador: -----

### II – DADOS BANCÁRIOS:

Banco: ---

Agência: -----

Conta Corrente: -----

### III- DADOS DO RESPONSÁVEL PARA ASSINATURA DO CONTRATO:

Nome completo: -----

Cargo: -----

CPF nº ---.---.----- e RG: --.---.-----

Endereço Residencial Completo: -----

Telefone: (--) -----

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

## IV – PROPOSTA DE PREÇOS:

**Ao Município de Novais/SP me proponho a entregar os produtos abaixo descritos, referentes ao Pregão Eletrônico sobredito:**

| ITEM | QUANT | UNIDADE     | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                              | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | MARCA |
|------|-------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------|-------|
| 1.   | 300   | FRASCO      | <b>ACEBROFILINA.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</b><br><b>25MG/5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE – FRASCO 120 ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                   |                |             |       |
| 2.   | 300   | FRASCO      | <b>ACEBROFILINA.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</b><br><b>50MG/5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE – FRASCO 120 ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                   |                |             |       |
| 3.   | 300   | BISNAGA     | <b>ACETATO DE HIDROCORTISONA + LIDOCAÍNA BASE + SUBGALATO DE BISMUTO + ÓXIDO DE ZINCO.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0.5% + 2,0 % 2,0% 10,0%.</b> FORMA FARMACÊUTICA: BISNAGA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |                |             |       |
| 4.   | 500   | FRASCO      | <b>ACETILCISTEINA 40MG/ML 120ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                            |                |             |       |
| 5.   | 400   | FRASCO      | <b>ACETILCISTEÍNA, 20MG/ML 120ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                           |                |             |       |
| 6.   | 3.000 | SACHE       | <b>ACETILCISTEÍNA.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</b><br><b>600MG/5G.</b> FORMA FARMACÊUTICA: PÓ SUSPENSÃO ORAL. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                      |                |             |       |
| 7.   | 250   | BISNAGA     | <b>ACICLOVIR CREME 50MG/G. BISNAGA COM 10G.</b> FORMA FARMACÊUTICA: BISNAGA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                     |                |             |       |
| 8.   | 4000  | COMPRI MIDO | <b>ACICLOVIR. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 200MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. FORMA DE APRESENTAÇÃO EM COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL; CAIXA HOSPITALAR.                                   |                |             |       |
| 9.   | 6000  | COMPRI MIDO | <b>ACICLOVIR. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 400MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. FORMA DE APRESENTAÇÃO EM COMPRIMIDO.                                                                                                                                     |                |             |       |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|     |        |             |                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |
|-----|--------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|     |        |             | PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL; CAIXA HOSPITALAR.                                                                                                                                              |  |  |  |
| 10. | 20.000 | COMPRI MIDO | <b>ÁCIDO ACETILSALICÍLICO.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 100MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. FORMA DE APRESENTAÇÃO EM COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL; CAIXA HOSPITALAR. |  |  |  |
| 11. | 2.500  | AMPOLA      | <b>ÁCIDO ASCÓRBICO 1G/5ML.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 1G/5MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL. FORMA DE APRESENTAÇÃO EM INJETÁVEL: 5ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. INJETÁVEL.              |  |  |  |
| 12. | 15.000 | COMPRI MIDO | <b>ÁCIDO FÓLICO.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 5MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL; CAIXA HOSPITALAR.                                                  |  |  |  |
| 13. | 4.000  | COMPRI MIDO | <b>ÁCIDO TRANEXÂMICO.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250 MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                     |  |  |  |
| 14. | 500    | AMPOLA      | <b>ÁCIDO TRANEXÂMICO.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50 MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                        |  |  |  |
| 15. | 24.000 | COMPRI MIDO | <b>ÁCIDO VALPRÓICO.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 500MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDOS REVESTIDOS. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                   |  |  |  |
| 16. | 150    | FRASCO      | <b>ÁCIDO VALPRÓICO.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</b><br><b>250MG/5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE/SOLUÇÃO ORAL. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL. FRASCO 100 ML.                           |  |  |  |
| 17. | 250    | AMPOLA      | <b>ADENOSINA 3 MG/ML - AMPOLA DE 2 ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 3MG/ML, 2 ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                         |  |  |  |
| 18. | 2.000  | COMPRI MIDO | <b>ALBENDAZOL.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 400MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDOS. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL. CAIXA HOSPITALAR.                                                |  |  |  |
| 19. | 1.500  | FRASCO      | <b>ALBENDAZOL.CONCENTRAÇÃO/DOSAGE</b><br><b>M: 400MG/10ML.</b> FORMA                                                                                                                                                                           |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|     |        |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |
|-----|--------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|     |        |                | FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL 10 ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |
| 20. | 1.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>ALENDRONATO DE SÓDIO.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 70 MG.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                   |  |  |  |
| 21. | 250    | AMPOLA         | <u>ALGESTONA ACETOFENIDA 150MG/ML + ENANTATO DE ESTRADIOL 10MG/ML.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u><br><u>ALGESTONA ACETOFENIDA 150MG/ML + ENANTATO DE ESTRADIOL 10MG/M.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL.<br>FORMA DE APRESENTAÇÃO: AMPOLA DE 1ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. INJETÁVEL. |  |  |  |
| 22. | 1.500  | COMPRI<br>MIDO | <u>ALOGLIPTINA + PIOGLITAZONA</u><br><u>25/15MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA:<br>COMPRIMIDO 25/15MG. PRAZO<br>VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A<br>PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                    |  |  |  |
| 23. | 1.500  | COMPRI<br>MIDO | <u>ALOGLIPTINA + PIOGLITAZONA</u><br><u>25/30MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA:<br>COMPRIMIDO 25/30MG. PRAZO<br>VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A<br>PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                    |  |  |  |
| 24. | 10.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>ALOPURINOL.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 300MG.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                          |  |  |  |
| 25. | 10.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>ALPRAZOLAM 1MG.</u> FORMA<br>FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO<br>DE VALIDADE MÍNIMO DE 12 MESES A<br>PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| 26. | 500    | FRASCO         | <u>AMBROXOL, CLORIDRATO.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 3 MG/ML.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE –<br>FRASCO 100ML. PRAZO DE VALIDADE:<br>MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA<br>DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                |  |  |  |
| 27. | 500    | FRASCO         | <u>AMBROXOL, CLORIDRATO.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 6MG/ML.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE –<br>FRASCO 100 ML. PRAZO DE VALIDADE:<br>MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA<br>DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                |  |  |  |
| 28. | 500    | Ampola         | <u>AMINOFILINA 24MG/ML - AMPOLA DE 10 ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA<br>24MG/ML, 10ML. PRAZO VALIDADE:<br>MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA<br>DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                         |  |  |  |
| 29. | 1.500  | COMPRI<br>MIDO | <u>AMINOFILINA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                            |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|     |        |             |                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
|-----|--------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 30. | 500    | AMPOLA      | <u>AMIODARONA 50MG/ML - AMPOLA DE 3 ML IV.</u> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 50MG/ML, 3ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                   |  |  |  |
| 31. | 5.000  | COMPRI MIDO | <u>AMIODARONA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 200MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                    |  |  |  |
| 32. | 15.000 | COMPRI MIDO | <u>AMITRIPTILINA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                  |  |  |  |
| 33. | 1.500  | FRASCO      | <u>AMOXICILINA + CLAVULANATO.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250MG/5ML + 62,5MG/5ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                        |  |  |  |
| 34. | 6.000  | COMPRI MIDO | <u>AMOXICILINA + CLAVULANATO.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG (AMOXICILINA) + 125MG (CLAVULANATO).</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL. |  |  |  |
| 35. | 1.500  | FRASCO      | <u>AMOXICILINA 250MG/5ML-</u> FORMA FARMACÊUTICA SUSPENSÃO: FRASCO 150 ML.                                                                                                                                                   |  |  |  |
| 36. | 15.000 | CÁPSULA     | <u>AMOXICILINA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                      |  |  |  |
| 37. | 500    | CÁPSULA     | <u>AMPICILINA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA OU COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                         |  |  |  |
| 38. | 10.000 | COMPRI MIDO | <u>ANLÓDIPINO.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                      |  |  |  |
| 39. | 2.500  | COMPRI MIDO | <u>APIXABAN (ELIQUIS) 5MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                            |  |  |  |
| 40. | 01     | UNIDADE     | <u>APLICADOR ACCU-CHECK LINK ASSIST(DIABETES MELLITUS TIPO 1) - ORDEM JUDICIAL</u>                                                                                                                                           |  |  |  |
| 41. | 2.000  | COMPRI MIDO | <u>ARIPRAZOL 10MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 10MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                                |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|     |       |             |                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |
|-----|-------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 42. | 500   | FRASCO      | <u>ARIPRAZOL 20MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO GOTAS 20MG/ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                           |  |  |  |
| 43. | 500   | COMPRI MIDO | <u>ATENOLOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                     |  |  |  |
| 44. | 500   | COMPRI MIDO | <u>ATENOLOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                     |  |  |  |
| 45. | 5000  | COMPRI MIDO | <u>ATOMOXETINA, CLORIDRATO. (ATENTAH) CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 10MG.</u> (FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                            |  |  |  |
| 46. | 300   | AMPOLA      | <u>ATROPINA 0,25MG 1ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 1ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                   |  |  |  |
| 47. | 5.000 | COMPRI MIDO | <u>AZITROMICINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                |  |  |  |
| 48. | 1.000 | FRASCO      | <u>AZITROMICINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 900MG; 22,5ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                    |  |  |  |
| 49. | 2.000 | COMPRI MIDO | <u>BACLOFENO 10MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 10MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                    |  |  |  |
| 50. | 100   | FRASCO      | <u>BECLOMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250MCG FRASCO C/ 200 DOSES.</u> FORMA FARMACÊUTICA: AEROSOL ORAL – FRASCO COM 200 DOSES. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL. |  |  |  |
| 51. | 150   | FRASCO      | <u>BECLOMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MCG FRASCO C/ 200 DOSES.</u> FORMA FARMACÊUTICA: AEROSOL ORAL – FRASCO COM 200 DOSES. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.  |  |  |  |
| 52. | 500   | FRASCO      | <u>BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.00U. FRASCO COM 4ML.</u> PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                               |  |  |  |
| 53. | 50    | FRASCO      | <u>BENZOATO DE BENZILA 0,25G/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: EMULSÃO TÓPICA 80ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO                                                                                                             |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|     |        |                |                                                                                                                                                                                       |  |  |  |
|-----|--------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|     |        |                | DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                           |  |  |  |
| 54. | 8.000  | COMPRI<br>MIDO | <b>BETAISTINA.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 16MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                  |  |  |  |
| 55. | 15.000 | COMPRI<br>MIDO | <b>BETAISTINA.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 24MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                  |  |  |  |
| 56. | 3.000  | COMPRI<br>MIDO | <b>BIPERIDENO.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.         |  |  |  |
| 57. | 3.000  | COMPRI<br>MIDO | <b>BISACODIL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                          |  |  |  |
| 58. | 2.000  | COMPRI<br>MIDO | <b>BISOPROLOL, HEMIFUMARATO 5MG. (CONCOR).</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.          |  |  |  |
| 59. | 2.000  | COMPRI<br>MIDO | <b>BROMAZEPAM 3MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                             |  |  |  |
| 60. | 3.500  | COMPRI<br>MIDO | <b>BROMAZEPAM 6MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                             |  |  |  |
| 61. | 10.000 | COMPRI<br>MIDO | <b>BROMOPRIDA.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.        |  |  |  |
| 62. | 3.500  | AMPOLA         | <b>BROMOPRIDA.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG/2ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL – 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.       |  |  |  |
| 63. | 1.000  | FRASCO         | <b>BROMOPRIDA.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 4 MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL - GOTAS. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL. |  |  |  |
| 64. | 2.500  | COMPRI<br>MIDO | <b>BUCLINA 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 25MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                           |  |  |  |
| 65. | 300    | FRASCO         | <b>BUDESONIDA 32MCG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO EM SPRAY NASAL, 120 DOSES, 32 MCG/DOSE,                                                                                        |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|     |        |                |                                                                                                                                                                              |  |  |  |
|-----|--------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|     |        |                | FRASCO 8,5 ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                            |  |  |  |
| 66. | 8.000  | COMPRI<br>MIDO | <b>BUPROPIONA 150MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                  |  |  |  |
| 67. | 1.000  | COMPRI<br>MIDO | <b>CANDESARTANA 16MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 16MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                            |  |  |  |
| 68. | 3.000  | COMPRI<br>MIDO | <b>CANDESARTANA 32MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                 |  |  |  |
| 69. | 1.500  | COMPRI<br>MIDO | <b>CANDESARTANA CILEXETILA +<br/>HIDROCLOROTIAZIDA 16/12,5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.         |  |  |  |
| 70. | 3.000  | COMPRI<br>MIDO | <b>CAPTOPRIL.<br/>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.            |  |  |  |
| 71. | 500    | FRASCO         | <b>CARBAMAZEPINA 20MG/ML - 100ML.<br/>FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO<br/>100ML. PRAZO DE VALIDADE: DE 12<br/>MESES A PARTIR DA DATA DE<br/>FABRICAÇÃO.</b>                    |  |  |  |
| 72. | 17.000 | COMPRI<br>MIDO | <b>CARBAMAZEPINA.<br/>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 200MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.       |  |  |  |
| 73. | 5.000  | COMPRI<br>MIDO | <b>CARBONATO DE CÁLCIO.<br/>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL. |  |  |  |
| 74. | 15.000 | COMPRI<br>MIDO | <b>CARBONATO DE LÍTIO.<br/>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 300MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.  |  |  |  |
| 75. | 5.000  | COMPRI<br>MIDO | <b>CARVEDILOL.<br/>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 12,5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.         |  |  |  |
| 76. | 10.000 | COMPRI<br>MIDO | <b>CARVEDILOL.<br/>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.           |  |  |  |
| 77. | 3.000  | COMPRI<br>MIDO | <b>CARVEDILOL.<br/>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 6,25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.                                                                                         |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|     |       |             |                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
|-----|-------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|     |       |             | PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                                                              |  |  |  |
| 78. | 7.500 | CÁPSULA     | <b>CEFALEXINA.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                 |  |  |  |
| 79. | 300   | FRASCO      | <b>CEFALEXINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM M: 250MG/5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                    |  |  |  |
| 80. | 2.000 | AMPOLA      | <b>CEFTRIAXONA 1 G IM.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 500MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL 3,5ML; FORMA DE APRESENTAÇÃO: FRASCO AMPOLA + DILUENTE. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. INJETÁVEL.   |  |  |  |
| 81. | 1.000 | AMPOLA      | <b>CEFTRIAXONA 500MG IM.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 500MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL 3,5ML; FORMA DE APRESENTAÇÃO: FRASCO AMPOLA + DILUENTE. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. INJETÁVEL. |  |  |  |
| 82. | 2.500 | AMPOLA      | <b>CEFTRIAXONA CONCENTRAÇÃO 1G.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL INTRAVENOSA. UNIDADE DE FORNECIMENTO FRASCO - AMPOLA.                                                                                                   |  |  |  |
| 83. | 1.500 | COMPRI MIDO | <b>CETOCONAZOL 200MG-</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 200MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                           |  |  |  |
| 84. | 300   | TUBO        | <b>CETOCONAZOL POMADA.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CREME DERMATOLÓGICO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                       |  |  |  |
| 85. | 1.500 | AMPOLA      | <b>CETOPROFENO.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL. (EV) PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                              |  |  |  |
| 86. | 700   | FRASCO      | <b>CETOPROFENO.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG/ML.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: GOTAS. FRASCO COM 20 ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                           |  |  |  |
| 87. | 7.000 | COMPRI MIDO | <b>CETOPROFENO.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                           |  |  |  |
| 88. | 3.000 | AMPOLA      | <b>CETOPROFENO.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG/ML.</b>                                                                                                                                                                                 |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|     |        |             |                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
|-----|--------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|     |        |             | FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL. IM PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                      |  |  |  |
| 89. | 12.000 | COMPRI MIDO | <b>CICLOBENZAPRINA.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                |  |  |  |
| 90. | 5.000  | COMPRI MIDO | <b>CILOSTAZOL 50MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 50MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                      |  |  |  |
| 91. | 600    | AMPOLA      | <b>CIMETIDINA.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 150MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO AMPOLA - 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                          |  |  |  |
| 92. | 5.000  | COMPRI MIDO | <b>CIMETIDINA.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 200MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                         |  |  |  |
| 93. | 3.500  | COMPRI MIDO | <b>CINARIZINA.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 75MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                          |  |  |  |
| 94. | 50     | FRASCO      | <b>CIPROFLOXACINO + DEXAMETASONA.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 3MG + 1MG. (CYLOCORT)</b> FORMA FARMACÊUTICA: COLÍRIO – 5ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |  |  |  |
| 95. | 10.000 | COMPRI MIDO | <b>CIPROFLOXACINO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                  |  |  |  |
| 96. | 7.000  | COMPRI MIDO | <b>CITALOPRAM 20MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                           |  |  |  |
| 97. | 3.000  | COMPRI MIDO | <b>CLINDAMICINA 300MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 300MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                  |  |  |  |
| 98. | 8.000  | COMPRI MIDO | <b>CLOMIPRAMINA.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                        |  |  |  |
| 99. | 2.500  | COMPRI MIDO | <b>CLOMIPRAMINA.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 75MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                        |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |             |                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |
|------|--------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 100. | 300    | FRASCO      | <u>CLONAZEPAM.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2,5MG/ML.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO GOTAS C/ 20ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.          |  |  |  |
| 101. | 20.000 | COMPRI MIDO | <u>CLONAZEPAM.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2MG.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                         |  |  |  |
| 102. | 8.000  | COMPRI MIDO | <u>CLOPIDOGREL 75MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 75MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                   |  |  |  |
| 103. | 1.000  | FRASCO      | <u>CLORIDRATO DE CIPROEPTADINA + ASSOCIAÇÕES 240ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE/SOLUÇÃO ORAL. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. FRASCO 240ML.                       |  |  |  |
| 104. | 5.000  | COMPRI MIDO | <u>CLORIDRATO DE ONDANSETRONA 4MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                             |  |  |  |
| 105. | 10.000 | COMPRI MIDO | <u>CLORPROMAZINA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                    |  |  |  |
| 106. | 10.000 | COMPRI MIDO | <u>CLORPROMAZINA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                     |  |  |  |
| 107. | 50     | FRASCO      | <u>CLORPROMAZINA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 40MG/ML.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO GOTAS/ FRASCO 20 ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL. |  |  |  |
| 108. | 1.000  | COMPRI MIDO | <u>CLOZAPINA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                         |  |  |  |
| 109. | 7.500  | COMPRI MIDO | <u>CODEÍNA 30MG + PARACETAMOL 500MG.</u> <u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 30MG/500MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.  |  |  |  |
| 110. | 100    | FRASCO      | <u>COLÍRIO ANESTÉSICO 10MG 10ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COLÍRIO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                    |  |  |  |
| 111. | 1.000  | AMPOLA      | <u>COMPLEXO B + DEXAMETASONA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: AMPOLA I =</u>                                                                                                                       |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |       |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |
|------|-------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|      |       |             | <u>2 ML: VITAMINA B1 100MG + VITAMINA B6 100MG + VITAMINA B12 5000 MCG. AMPOLA II = 1 ML: ACETATO DE DEXAMETASONA 4MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL. FORMA DE APRESENTAÇÃO: AMPOLA I = 2ML E AMPOLA II = 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. INJETÁVEL.        |  |  |  |
| 112. | 3.000 | AMPOLA      | <u>COMPLEXO B INJETÁVEL: VITAMINA B1 (CLORIDRATO DE TIAMINA) 100MG VITAMINA B6 (CLORIDRATO DE PIRIDOXINA) 100MG VITAMINA B12 (CIANOCOBALAMINA) 5000MCG E EXCIPIENTE (DIETANOLAMINA) 2ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL, IM. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |  |  |  |
| 113. | 12    | CAIXA       | <u>CONTENDO 10 SETS DE INFUSÃO ACCU-CHECK FLEXLINK 08MMX60MB (DIABETES MELLITUS TIPO 1) – ORDEM JUDICIAL</u>                                                                                                                                                                                               |  |  |  |
| 114. | 09    | CAIXA       | <u>CONTENDO 200 LANCETAS ACCU-CHECK FASTCLIX(DIABETES MELLITUS TIPO 1) – ORDEM JUDICIAL</u>                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |
| 115. | 36    | CAIXA       | <u>CONTENDO 50 TIRAS DE TESTE ACCU-CHECK PERFORMA (DIABETES MELLITUS TIPO 1) – ORDEM JUDICIAL</u>                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| 116. | 500   | COMPRI MIDO | <u>DAPAGLIFLOZINA + CLORIDRATO DE METFORMINA 10MG/1000MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
| 117. | 7.000 | COMPRI MIDO | <u>DAPAGLIFLOZINA 10MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                  |  |  |  |
| 118. | 1.000 | FRASCO      | <u>DESLOTATADINA 0,5MG/ML. USO PEDIÁTRICO.</u> FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE/SOLUÇÃO ORAL. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. FRASCO 60ML.                                                                                                                                         |  |  |  |
| 119. | 8.000 | COMPRI MIDO | <u>DESVENLAFAXINA 50MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 50MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| 120. | 5.000 | COMPRI MIDO | <u>DEXAMETASONA 4MG-</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                |  |  |  |
| 121. | 150   | FRASCO      | <u>DEXAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0,1 MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: ELIXIR 100ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                              |  |  |  |
| 122. | 7.000 | AMPOLA      | <u>DEXAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 4MG/1ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO AMPOLA DE 2,5ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                      |  |  |  |
| 123. | 100   | FRASCO      | <u>DEXAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: DEXAMETASONA 0,00005G +</u>                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |             |                                                                                                                                                                                                |  |  |  |
|------|--------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|      |        |             | <b>HIPROMELOSE 0,005G.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COLÍRIO – 5ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                            |  |  |  |
| 124. | 1.000  | BISNAGA     | <b>DEXAMETASONA.CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1MG/G CREME.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: BISNAGA 10G. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.            |  |  |  |
| 125. | 1.000  | FRASCO      | <b>DEXCLORFENIRAMINA + BETAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0,4MG/ML+0,05MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE 120ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.     |  |  |  |
| 126. | 500    | FRASCO      | <b>DEXCLORFENIRAMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0,4MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL 100ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                        |  |  |  |
| 127. | 3.000  | COMPRI MIDO | <b>DEXCLORFENIRAMINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                     |  |  |  |
| 128. | 6.000  | COMPRI MIDO | <b>DIAZEPAM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                             |  |  |  |
| 129. | 1.500  | AMPOLA      | <b>DIAZEPAM. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO AMPOLA – 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                  |  |  |  |
| 130. | 750    | BISNAGA     | <b>DICLOFENACO DIETILAMONIO GEL BISNAGA COM 60G.</b> FORMA FARMACÊUTICA: BISNAGA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                        |  |  |  |
| 131. | 2.000  | AMPOLA      | <b>DICLOFENACO SÓDICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL. AMPOLA – FRASCO. 2,5ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |  |  |  |
| 132. | 15.000 | COMPRI MIDO | <b>DICLOFENACO SÓDICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                   |  |  |  |
| 133. | 1.000  | COMPRI MIDO | <b>DIGOXINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0,25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                           |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
|------|--------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 134. | 2.000  | AMPOLA      | <u>DIMENIDRINATO 3MG/ML + CLOR. PIRIDOXINA 5MG/ML + GLICOSE 100MG/ML + FRUTOSE 100MG/ML.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u><br><u>DIMEDRINATO 3MG/ML + CLOR. PIRIDOXINA 5MG/ML + GLICOSE 100MG/ML + FRUTOSE 100MG/ML.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL – FRASCO - AMPOLA 10ML.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |  |  |  |
| 135. | 10.000 | COMPRI MIDO | <u>DIMENIDRINATO 50MG + CLOR. PIRIDOXINA 10MG.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG DE DIMENIDRINATO + 10MG DE CLORIDRATO DE PIRIDOXINA 10MG.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                        |  |  |  |
| 136. | 1.000  | AMPOLA      | <u>DIMENIDRINATO 50MG/ML + CLOR. PIRIDOXINA 50MG/ML.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG/ML DE DIMENIDRINATO + 50MG/ML DE CLORIDRATO DE PIRIDOXINA.</u> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO AMPOLA INTRAMUSCULAR 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                  |  |  |  |
| 137. | 20.000 | COMPRI MIDO | <u>DIOSMINA + HESPERIDINA 500MG.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: DIOSMINA 450MG + HESPERIDINA 50MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                           |  |  |  |
| 138. | 20.000 | COMPRI MIDO | <u>DIPIRONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDOS. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |
| 139. | 8.000  | AMPOLA      | <u>DIPIRONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO AMPOLA 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| 140. | 10.000 | FRASCO      | <u>DIPIRONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO GOTAS, FRASCO 20ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                               |  |  |  |
| 141. | 200    | FLACONE TE  | <u>DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA 400MCG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO INALATÓRIA. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. FLACONETE 2ML.                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| 142. | 2.000  | AMPOLA      | <u>DIPROPIONATO DE BETAMETASONA 5MG/ML+ FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA 2MG/ML</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG/ML+2MG/ML 1ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL- AMPOLA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12                                                                                                                                                       |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |                |                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |
|------|--------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|      |        |                | MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |
| 143. | 5.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>DIVALPROATO DE SÓDIO ER 250MG.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO<br>250MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12<br>MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                                        |  |  |  |
| 144. | 5.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>DIVALPROATO DE SÓDIO ER 500MG.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO<br>500MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12<br>MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                                        |  |  |  |
| 145. | 200    | AMPOLA         | <u>DOBUTAMINA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u><br><u>12,5MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA:<br>FRASCO-AMPOLA DE 20ML. PRAZO DE<br>VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A<br>PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                             |  |  |  |
| 146. | 15.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>DOMPERIDONA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> <u>10MG.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12<br>MESES A PARTIR DA DATA DE<br>FABRICAÇÃO.                                                                            |  |  |  |
| 147. | 50     | FRASCO         | <u>DOMPERIDONA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> <u>1MG/ML.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO<br>ORAL – 100ML. PRAZO DE VALIDADE:<br>MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA<br>DE FABRICAÇÃO.                                                              |  |  |  |
| 148. | 500    | AMPOLA         | <u>DOPAMINA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> <u>5MG/ML.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO-<br>AMPOLA DE 10ML. PRAZO DE VALIDADE:<br>MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA<br>DE FABRICAÇÃO.                                                                 |  |  |  |
| 149. | 10     | FRASCO         | <u>DORZAL</u> <u>MT.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u><br><u>CLORIDRATO DE DORZOLAMIDA</u><br><u>20MG/ML + MALEATO DE TIMOLOL</u><br><u>5MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA:<br>COLÍRIO 5ML. PRAZO DE VALIDADE DE 12<br>MESES A PARTIR DA DATA DE<br>FABRICAÇÃO. |  |  |  |
| 150. | 15.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>DOXAZOSINA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> <u>2MG.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12<br>MESES A PARTIR DA DATA DE<br>FABRICAÇÃO.                                                                              |  |  |  |
| 151. | 1.500  | COMPRI<br>MIDO | <u>DOXICICLINA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> <u>100MG.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12<br>MESES A PARTIR DA DATA DE<br>FABRICAÇÃO.                                                                           |  |  |  |
| 152. | 500    | FRASCO         | <u>DROPROPIZINA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> <u>1,5MG/ML.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE 120ML.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12<br>MESES A PARTIR DA DATA DE<br>FABRICAÇÃO.                                                                     |  |  |  |
| 153. | 500    | FRASCO         | <u>DROPROPIZINA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> <u>3MG/ML.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE 120ML.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12                                                                                                                   |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |             |                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |
|------|--------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|      |        |             | MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |
| 154. | 8.000  | CÁPSULA     | <b>DULOXETINA 30MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA 30MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                    |  |  |  |
| 155. | 15.000 | CÁPSULA     | <b>DULOXETINA 60MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA 60MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                    |  |  |  |
| 156. | 2.000  | COMPRI MIDO | <b>DUTASTERIDA + CLORIDRATO DE TANSULOSINA 0,5/0,4MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 0,5/0,4MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                           |  |  |  |
| 157. | 30.000 | COMPRI MIDO | <b>EMPAGLIFLOZINA 25MG (JARDIANCE).</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 25MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                 |  |  |  |
| 158. | 1.000  | COMPRI MIDO | <b>ENALAPRIL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                             |  |  |  |
| 159. | 1.000  | COMPRI MIDO | <b>ENALAPRIL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                             |  |  |  |
| 160. | 2.000  | AMPOLA      | <b>ENOXAPARINA SÓDICA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM 40MG/0,4ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL, SUBCUTÂNEO/INTRAVENOSO. FORMA DE APRESENTAÇÃO: SERINGA PRÉ-ENCHIDA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. INJETÁVEL. |  |  |  |
| 161. | 500    | AMPOLA      | <b>EPINEFRINA 1MG/ML - AMPOLA DE 1 ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 1MG/ML, 1ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                           |  |  |  |
| 162. | 20.000 | COMPRI MIDO | <b>ESCITALOPRAM 10MG</b> - FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                   |  |  |  |
| 163. | 500    | AMPOLA      | <b>ESCOPOLAMINA - SOLUÇÃO INJETÁVEL 20 MG/ML 1ML IM/EV-</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                   |  |  |  |
| 164. | 8.000  | COMPRI MIDO | <b>ESPIRONOLACTONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                       |  |  |  |
| 165. | 4.000  | COMPRI MIDO | <b>ESPIRONOLACTONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12                                                                                                                             |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |             |                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |
|------|--------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|      |        |             | MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                               |  |  |  |
| 166. | 30     | BISNAGA     | <b>ESTRIOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1MG/G.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CREME VAGINAL – BISNAGA 50G COM APLICADOR. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                   |  |  |  |
| 167. | 500    | DRÁGEAS     | <b>ESTROGÊNIO CONJUGADOS 0,625MG –</b> FORMA FARMACÊUTICA: DRÁGEAS.                                                                                                                                                 |  |  |  |
| 168. | 12.000 | COMPRI MIDO | <b>ETINILESTRADIOL + LEVONORGESTREL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0,03 MG + 0,15 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                     |  |  |  |
| 169. | 200    | Ampola      | <b>ETOMIDATO 2MG/5ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL IV, 5 ML. PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                              |  |  |  |
| 170. | 2.500  | COMPRI MIDO | <b>EXFORGE HTC- VALSARTANA + HIDROCLOROTIAZIDA + BESILATO DE ANLODIPINO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 160MG + 12,5 + 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO |  |  |  |
| 171. | 10.000 | COMPRI MIDO | <b>FENITOINA 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                               |  |  |  |
| 172. | 1.000  | AMPOLA      | <b>FENITOINA 50MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL. 2ML. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                 |  |  |  |
| 173. | 500    | AMPOLA      | <b>FENOBARBITAL 100MG/ML. AMPOLA INJETÁVEL.</b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                   |  |  |  |
| 174. | 4.000  | COMPRI MIDO | <b>FENOBARBITAL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                             |  |  |  |
| 175. | 500    | FRASCO      | <b>FENOBARBITAL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 40MG/ML –</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO 20ML (GOTAS). PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                 |  |  |  |
| 176. | 500    | AMPOLA      | <b>FENTANILA 50MCG/ML-</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL. 10ML PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                |  |  |  |
| 177. | 4.000  | COMPRI MIDO | <b>FEXOFENADINA 180MG-</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                       |  |  |  |
| 178. | 500    | FRASCO      | <b>FEXOFENADINA 6MG/ML 150ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL.                                                                                                                                               |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |                |                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
|------|--------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|      |        |                | PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                     |  |  |  |
| 179. | 10.000 | COMPRI<br>MIDO | <b>FINASTERIDA 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5 MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                 |  |  |  |
| 180. | 700    | AMPOLA         | <b>FITOMENADIONA 10MG/ML.</b> AMPOLA INJETÁVEL 1ML IM. FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                               |  |  |  |
| 181. | 2.000  | CÁPSULA        | <b>FLUCONAZOL.</b> <b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 150MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULAS. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                             |  |  |  |
| 182. | 2.500  | COMPRI<br>MIDO | <b>FLUNARIZINA.</b> <b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                          |  |  |  |
| 183. | 400    | FRASCO         | <b>FLUOCINOLONA ACETONIDA, SULFATO DE POLIMIXINA B, SULFATO DE NEOMICINA, CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA -10ML (OTOSYNALAR).</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO OTOLÓGICA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |  |  |  |
| 184. | 20.000 | CÁPSULA        | <b>FLUOXETINA.</b> <b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA OU COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                 |  |  |  |
| 185. | 50     | FRASCO         | <b>FLUOXETINA.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO GOTAS. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                    |  |  |  |
| 186. | 100    | FRASCO         | <b>FOSFATO DE SÓDIO MONOBÁSICO MONOIDRATADO 16G + FOSFATO DE SÓDIO DIBÁSICO HEPTAHIDRATADO 6G; VEÍCULO Q.S.P. 100ML.</b>                                                                                                               |  |  |  |
| 187. | 500    | AMPOLA         | <b>FUROSEMIDA.</b> <b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO-AMPOLA DE 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                               |  |  |  |
| 188. | 10.000 | COMPRI<br>MIDO | <b>FUROSEMIDA.</b> <b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 40MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                            |  |  |  |
| 189. | 5.000  | COMPRI<br>MIDO | <b>GLIBENCLAMIDA.</b> <b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                          |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |                |                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
|------|--------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 190. | 500    | UNIDADE        | <u>GLICERINA SUPOSITÓRIO ADULTO.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2,68G DE GLICEROL.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SUPOSITÓRIO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.               |  |  |  |
| 191. | 300    | UNIDADE        | <u>GLICERINA SUPOSITÓRIO INFANTIL.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1,44G DE GLICEROL.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SUPOSITÓRIO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.             |  |  |  |
| 192. | 10.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>GLICLAZIDA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 30MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 30MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                      |  |  |  |
| 193. | 5.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>GLICLAZIDA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 60MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 30MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                      |  |  |  |
| 194. | 1.500  | AMPOLA         | <u>GLICOSE 25% - AMPOLA DE 10ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 25%, 10ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                |  |  |  |
| 195. | 700    | AMPOLA         | <u>GLICOSE 50% - AMPOLA DE 10ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 50%, 10ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                |  |  |  |
| 196. | 10.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>GLIMEPIRIDA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 4MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                               |  |  |  |
| 197. | 200    | AMPOLA         | <u>HALOPERIDOL, DECANOATO.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 70,52MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL. AMPOLA – FRASCO. 1ML PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |  |  |  |
| 198. | 6.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>HALOPERIDOL.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                               |  |  |  |
| 199. | 300    | AMPOLA         | <u>HEPARINA SÓDICA 5.000 UI/ 0,25 ML - AMPOLA 0,25 ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 5.000UI/0,25ML, 0,25ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                             |  |  |  |
| 200. | 5.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>HIDRALAZINA 50MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 50MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                             |  |  |  |
| 201. | 10.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>HIDROCLOROTIAZIDA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.                                                                                                              |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |
|------|--------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|      |        |             | PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |
| 202. | 700    | FRASCO      | <b>HIDROCORTISONA.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 100MG. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                      |  |  |  |
| 203. | 700    | FRASCO      | <b>HIDROCORTISONA.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 500MG. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                      |  |  |  |
| 204. | 500    | FRASCO      | <b>HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 60 MG/ML.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL – 150ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                     |  |  |  |
| 205. | 1.500  | FRASCO      | <b>HIOSCINA (BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA).</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10 MG/ML.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL - GOTAS 20ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                |  |  |  |
| 206. | 10.000 | COMPRI MIDO | <b>HIOSCINA (BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA).</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                                    |  |  |  |
| 207. | 2.000  | FRASCO      | <b>HIOSCINA COMPOSTA (BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA).</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</b><br><b>6,67MG/ML BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA + 333,4MG/ML DIPIRONA 20ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL - GOTAS. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |  |  |  |
| 208. | 2.000  | AMPOLA      | <b>HIOSCINA COMPOSTA (BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA+DIPIRONA).</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 4MG/ML / 500MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO AMPOLA 5 ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                               |  |  |  |
| 209. | 15.000 | COMPRI MIDO | <b>HIOSCINA COMPOSTA (BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA+DIPIRONA).</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</b><br><b>10MG/250MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                    |  |  |  |
| 210. | 250    | FRASCO      | <b>HIPROMELOSE.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 3MG DE HIPROMELOSE + 1MG DE DEXTRANO 71.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO OFTÁLMICA – FRASCO 15ML. PRAZO DE                                                                                                                                    |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |             |                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |
|------|--------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|      |        |             | VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                     |  |  |  |
| 211. | 50     | FRASCO      | <b>HYABAK. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</b><br><b>HIALURONATO DE SÓDIO 0,15% 10ML.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COLÍRIO 10ML.<br>PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                            |  |  |  |
| 212. | 1.500  | FRASCO      | <b>IBUPROFENO 100MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL, FRASCO 20ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                    |  |  |  |
| 213. | 15.000 | COMPRI MIDO | <b>IBUPROFENO.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 300MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                            |  |  |  |
| 214. | 10.000 | COMPRI MIDO | <b>IBUPROFENO.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 600MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                            |  |  |  |
| 215. | 2.500  | COMPRI MIDO | <b>IMIPRAMINA.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                             |  |  |  |
| 216. | 4.000  | COMPRI MIDO | <b>INDAPAMIDA 1.5 MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 1.5MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                               |  |  |  |
| 217. | 1.000  | AMPOLA      | <b>INSULINA GLARGINA 100UI (BASAGLAR).</b> FORMA FARMACÊUTICA: SERINGA PREENCHIDA COM 3ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                    |  |  |  |
| 218. | 5.000  | COMPRI MIDO | <b>INZELM 10MG (FUMARATO DE VONOPRAZANA)</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                   |  |  |  |
| 219. | 750    | FRASCO      | <b>IPRATRÓPIO, BROMETO.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</b><br><b>0,250MG/ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO – FRASCO 20ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |  |  |  |
| 220. | 1.000  | COMPRI MIDO | <b>ISOSSORBIDA, DINITRATO.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                 |  |  |  |
| 221. | 1.000  | COMPRI MIDO | <b>ISOSSORBIDA, DINITRATO.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO SUBLINGUAL. PRAZO DE VALIDADE:                                                                             |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAES

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |       |                |                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
|------|-------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|      |       |                | MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                           |  |  |  |
| 222. | 2.500 | CÁPSULA        | <u>ITRACONAZOL.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> 100MG.<br>FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                          |  |  |  |
| 223. | 1.500 | COMPRI<br>MIDO | <u>IVERMECTINA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> 6MG.<br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                         |  |  |  |
| 224. | 4.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>LACOSAMIDA 100MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 100MG.<br>PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                          |  |  |  |
| 225. | 500   | FRASCO         | <u>LACTULOSE.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u><br><u>667MG/1ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO 120ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.               |  |  |  |
| 226. | 4.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>LAVITAN PRÉ-NATAL MULTI.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO PARA GESTANTE. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                             |  |  |  |
| 227. | 3.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>LEVANLODIPINO 5MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 5MG.<br>PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                          |  |  |  |
| 228. | 300   | AMPOLA         | <u>LEVEMIR. SOLUÇÃO INJETÁVEL -</u><br><u>INSULINA DETEMIR 100 U/ML CADA</u><br><u>REFIL CONTENDO 3ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA.                                                       |  |  |  |
| 229. | 6.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>LEVETIRACETAM 500MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 500MG.<br>PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                      |  |  |  |
| 230. | 3.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>LEVETIRACETAM 750MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 750MG.<br>PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                      |  |  |  |
| 231. | 200   | FRASCO         | <u>LEVETIRACETAM.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u><br><u>100MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.             |  |  |  |
| 232. | 3.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>LEVETIRACETAM.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> 500MG<br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 750MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                      |  |  |  |
| 233. | 8.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>LEVODOPA + BENSERAZIDA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> 200MG +<br><u>50MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novaes/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |                |                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |
|------|--------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 234. | 500    | COMPRI<br>MIDO | <u>LEVODOPA + CARBIDOPA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250MG DE</u><br><u>LEVODOPA + 25MG DE CARBIDOPA.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12<br>MESES A PARTIR DA DATA DE<br>FABRICAÇÃO. |  |  |  |
| 235. | 3.000  | CÁPSULA        | <u>LEVOFLOXACINO.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA /<br>COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE:<br>MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA<br>DE FABRICAÇÃO.                                        |  |  |  |
| 236. | 10.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>LEVOTIROXINA SÓDICA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12<br>MESES A PARTIR DA DATA DE<br>FABRICAÇÃO.                                            |  |  |  |
| 237. | 15.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>LEVOTIROXINA SÓDICA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12<br>MESES A PARTIR DA DATA DE<br>FABRICAÇÃO.                                             |  |  |  |
| 238. | 10.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>LEVOTIROXINA SÓDICA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12<br>MESES A PARTIR DA DATA DE<br>FABRICAÇÃO.                                             |  |  |  |
| 239. | 100    | AMPOLA         | <u>LIDOCAÍNA</u> –<br>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2% COM<br>VASOCONSTRITOR. FORMA<br>FARMACÊUTICA: FRASCO – AMPOLA DE<br>20ML.                                                                                                        |  |  |  |
| 240. | 500    | BISNAGA        | <u>LIDOCAÍNA, CLORIDRATO 2% GELEIA-</u><br><u>USO ADULTO E PEDIÁTRICO TUBO DE</u><br><u>30G.</u> FORMA FARMACÊUTICA: GEL<br>DERMATOLÓGICO. PRAZO DE VALIDADE:<br>MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA<br>DE FABRICAÇÃO.          |  |  |  |
| 241. | 500    | AMPOLA         | <u>LIDOCAÍNA.</u> CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:<br>2% SEM VASOCONSTRITOR. FORMA<br>FARMACÊUTICA: FRASCO-AMPOLA DE<br>20ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE<br>12 MESES A PARTIR DA DATA DE<br>FABRICAÇÃO.                                  |  |  |  |
| 242. | 5.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>LISDEXANFETAMINA 30MG (VENVANSE).</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO<br>30MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12<br>MESES A PARTIR DA DATA DE<br>FABRICAÇÃO.                                                                    |  |  |  |
| 243. | 5.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>LISDEXANFETAMINA 50MG-</u><br><u>(VENVANSE).</u> FORMA FARMACÊUTICA:<br>COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE:<br>MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA<br>DE FABRICAÇÃO.                                                              |  |  |  |
| 244. | 1.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>LIXIANA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u><br><u>30MG).</u> FORMA FARMACÊUTICA:<br>COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE:<br>MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA<br>DE FABRICAÇÃO                                                            |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |                |                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |
|------|--------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 245. | 10.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>LORATADINA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> 10MG.<br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12<br>MESES A PARTIR DA DATA DE<br>FABRICAÇÃO.                                                      |  |  |  |
| 246. | 1.000  | FRASCO         | <u>LORATADINA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> 1MG/ML.<br>100ML FORMA FARMACÊUTICA:<br>SOLUÇÃO ORAL. PRAZO DE VALIDADE:<br>MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA<br>DE FABRICAÇÃO.                                            |  |  |  |
| 247. | 1.500  | COMPRI<br>MIDO | <u>LORAZEPAM</u> 2MG. FORMA<br>FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO PRAZO<br>VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A<br>PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                |  |  |  |
| 248. | 2.500  | COMPRI<br>MIDO | <u>LOSARTANA</u> <u>POTÁSSICA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> 50MG.<br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12<br>MESES A PARTIR DA DATA DE<br>FABRICAÇÃO.                                      |  |  |  |
| 249. | 1.200  | CÁPSULA        | <u>LUVIS</u> <u>GOLD</u> <u>OU</u> <u>RELUZE.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> FORMA<br>FARMACÊUTICA: CÁPSULA /<br>COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE:<br>MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA<br>DE FABRICAÇÃO.                   |  |  |  |
| 250. | 2.000  | FRASCO         | <u>LYBERDIA</u> 40MG/ML (DIMESILATO DE<br>LISDEXANFETAMINA). FORMA<br>FARMACÊUTICA: 50ML SOLUÇÃO GOTAS.<br>PRAZO DE VALIDADE A PARTIR DA DATA<br>DE FABRICAÇÃO.                                                                 |  |  |  |
| 251. | 300    | FRASCO         | <u>MALEATO DE TIMOLOL 0,5% -</u> FORMA<br>FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO OFTÁLMICA.<br>FRASCO 5 ML.                                                                                                                                      |  |  |  |
| 252. | 500    | COMPRI<br>MIDO | <u>MEBENDAZOL</u> 100MG. FORMA<br>FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 100MG.<br>PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES<br>A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                      |  |  |  |
| 253. | 300    | FRASCO         | <u>MEBENDAZOL</u> 20MG/ML. FORMA<br>FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL,<br>FRACO 30ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO<br>DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE<br>FABRICAÇÃO.                                                                       |  |  |  |
| 254. | 5000   | COMPRI<br>MIDO | <u>MECOBALAMINA</u> (VIT.B12).<br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> 1000 MCG.<br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12<br>MESES A PARTIR DA DATA DE<br>FABRICAÇÃO.                                      |  |  |  |
| 255. | 700    | AMPOLA         | <u>MEDROXIPROGESTERONA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u><br><u>150MG/ML. FRASCO – AMPOLA.</u> FORMA<br>FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO INJETÁVEL<br>1ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12<br>MESES A PARTIR DA DATA DE<br>FABRICAÇÃO. |  |  |  |
| 256. | 3.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>MELOXICAM</u> 15MG. FORMA<br>FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 15MG.<br>PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES<br>A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                          |  |  |  |
| 257. | 100    | AMPOLA         | <u>MEPERIDINA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u>                                                                                                                                                                              |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |                |                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |
|------|--------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|      |        |                | <b>100MG/2ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO-AMPOLA DE 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                             |  |  |  |
| 258. | 1.000  | COMPRI<br>MIDO | <b>METFORMINA.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                            |  |  |  |
| 259. | 500    | COMPRI<br>MIDO | <b>METFORMINA.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 850MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                            |  |  |  |
| 260. | 7.000  | COMPRI<br>MIDO | <b>METILDOPA.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                             |  |  |  |
| 261. | 10.000 | COMPRI<br>MIDO | <b>METILFENIDATO 10MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                              |  |  |  |
| 262. | 6.000  | COMPRI<br>MIDO | <b>METILFENIDATO 18MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                              |  |  |  |
| 263. | 500    | COMPRI<br>MIDO | <b>METOCLOPRAMIDA.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10MG.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                         |  |  |  |
| 264. | 300    | AMPOLA         | <b>METOCLOPRAMIDA.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</b><br><b>10MG/2ML.</b> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL, FRASCO – AMPOLA, 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |  |  |  |
| 265. | 50     | FRASCO         | <b>METOCLOPRAMIDA.</b><br><b>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 4MG/ML.</b><br>FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL – GOTAS, FRASCO 10ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                |  |  |  |
| 266. | 3.000  | COMPRI<br>MIDO | <b>METOPROLOL 100MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 100MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                             |  |  |  |
| 267. | 3.000  | COMPRI<br>MIDO | <b>METOPROLOL 25MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                         |  |  |  |
| 268. | 3.000  | COMPRI<br>MIDO | <b>METOPROLOL 50MG.</b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 50MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                               |  |  |  |
| 269. | 300    | AMPOLA         | <b>METOPROLOL 5MG (1MG/ML)</b> - FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. SOLUÇÃO INJETÁVEL PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO                                                                                                      |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |       |                |                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |
|------|-------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|      |       |                | DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
| 270. | 1.500 | COMPRI<br>MIDO | <u>METRONIDAZOL.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 250MG.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                 |  |  |  |
| 271. | 300   | FRASCO         | <u>METRONIDAZOL.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 40MG/ML (4%).</u> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL – FRASCO 100 ML.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                         |  |  |  |
| 272. | 300   | BISNAGA        | <u>MICONAZOL.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG/G.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: CREME DERMATOLÓGICO 80GR. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                        |  |  |  |
| 273. | 750   | AMPOLA         | <u>MIDAZOLAM 50MG/10ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL.<br>PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                     |  |  |  |
| 274. | 500   | AMPOLA         | <u>MIDAZOLAN.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 15MG/3ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO-AMPOLA DE 3ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                             |  |  |  |
| 275. | 8.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>MIRTAZAPINA 30MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 30MG.<br>PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                     |  |  |  |
| 276. | 1.000 | AMPOLA         | <u>MORFINA. AMPOLA INJETÁVEL 1ML IM/IV.</u> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                        |  |  |  |
| 277. | 6.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>NALTREXONA 50MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 50MG.<br>PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                                                       |  |  |  |
| 278. | 5.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>NARATRIPTANA 2,5MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 2,5MG.<br>PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                                                   |  |  |  |
| 279. | 6.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>NEBIVOLOL 5MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 5MG.<br>PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                         |  |  |  |
| 280. | 3.000 | BISNAGA        | <u>NEOMICINA + BACITRACINA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 3,5MG DE NEOMICINA + 250 UI DE BACITRACINA.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: POMADA.<br>FORMA DE APRESENTAÇÃO: POMADA 15G. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.. |  |  |  |
| 281. | 7.500 | COMPRI<br>MIDO | <u>NIFEDIPINO 20MG.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12                                                                                                                     |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |                |                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
|------|--------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|      |        |                | MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |
| 282. | 10.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>NIMESULIDA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                    |  |  |  |
| 283. | 500    | FRASCO         | <u>NIMESULIDA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG/ML.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL – GOTAS 20ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                      |  |  |  |
| 284. | 3.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>NIMODIPINO 5MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 5MG.<br>PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                         |  |  |  |
| 285. | 700    | BISNAGA        | <u>NISTATINA 100.000 UI/4 G CREME VAGINAL BISNAGA DE 60 G COM 14 APLICADORES.</u> FORMA FARMACÊUTICA: CREME VAGINAL. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                               |  |  |  |
| 286. | 500    | FRASCO         | <u>NISTATINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100.000 UI/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL 50ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                    |  |  |  |
| 287. | 700    | FRASCO         | <u>NITAZOXANIDA 20MG/ML-100ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO. PRAZO DE VALIDADE: DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                         |  |  |  |
| 288. | 2.500  | COMPRI<br>MIDO | <u>NITAZOXANIDA 500MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                 |  |  |  |
| 289. | 5.000  | CÁPSULA        | <u>NITROFURANTOÍNA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO/CÁPSULA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                          |  |  |  |
| 290. | 300    | AMPOLA         | <u>NITROGLICERINA 5MG/ML AMPOLA 10 ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 5 MG/ML, 10 ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                 |  |  |  |
| 291. | 1.000  | AMPOLA         | <u>NOREPINEFRINA 2MG/4ML-AMPOLA DE 4 ML IV.</u> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                           |  |  |  |
| 292. | 1.000  | AMPOLA         | <u>NORETISTERONA ENANTATO 50MG + ESTRADIOL VALERATO 5MG.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG DE NORETISTERONA + 5MG ESTRADIOL.</u><br>FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL. FRASCO – AMPOLA 1ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |  |  |  |
| 293. | 100    | COMPRI<br>MIDO | <u>NORETISTERONA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 0,35MG.</u>                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |                |                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |
|------|--------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|      |        |                | FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                   |  |  |  |
| 294. | 15.000 | COMPRI<br>MIDO | <b><u>NORFLOXACINO.</u></b><br><b><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 400MG.</u></b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                            |  |  |  |
| 295. | 5.000  | CÁPSULA        | <b><u>NORTRIPTILINA.</u></b><br><b><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25MG.</u></b><br>FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                         |  |  |  |
| 296. | 50     | AMPOLA         | <b><u>NOVORAPID-</u></b> SOLUÇÃO INJETÁVEL 100 U/ML DE ANÁLOGO DE INSULINA DE AÇÃO RÁPIDA. FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. CADA REFIL CONTENDO 3ML.                                                                            |  |  |  |
| 297. | 2.500  | COMPRI<br>MIDO | <b><u>OLANZAPINA.</u></b><br><b><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10 MG.</u></b><br><b><u>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.</u></b><br><b><u>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.</u></b>  |  |  |  |
| 298. | 2.500  | COMPRI<br>MIDO | <b><u>OLANZAPINA.</u></b><br><b><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 2,5 MG.</u></b><br><b><u>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.</u></b><br><b><u>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.</u></b> |  |  |  |
| 299. | 3.000  | COMPRI<br>MIDO | <b><u>OLMESARTANA MEDOXOMILA 40MG.</u></b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 40MG. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                           |  |  |  |
| 300. | 15.000 | CÁPSULA        | <b><u>OMEPRAZOL.</u></b><br><b><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG.</u></b><br>FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA / COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                   |  |  |  |
| 301. | 3.500  | AMPOLA         | <b><u>ONDANSETRONA 4 MG/2ML - AMPOLA DE 2 ML IM/IV.</u></b> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 40MG/ML, 2ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                    |  |  |  |
| 302. | 8.000  | COMPRI<br>MIDO | <b><u>ONDANSETRONA 4MG.</u></b> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 4MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                      |  |  |  |
| 303. | 500    | COMPRI<br>MIDO | <b><u>OXCARBAZEPINA 300MG.</u></b><br><b><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 300MG.</u></b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO REVESTIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.              |  |  |  |
| 304. | 500    | COMPRI<br>MIDO | <b><u>OXCARBAZEPINA 600MG.</u></b><br><b><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 600MG.</u></b><br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO REVESTIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.              |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
|------|--------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 305. | 04     | KIT         | <u>PACOTES DE SERVIÇO (DIABETES MELLITUS TIPO 1) – ORDEM JUDICIAL</u>                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |
| 306. | 1.000  | BISNAGA     | <u>PALMITATO DE RETINOL + COLECALCIFEROL + ÓXIDO DE ZINCO. PALMITATO DE RETINOL 5000UI/G + COLECALCIFEROL 900UI/G + ÓXIDO DE ZINCO 150MG/G.</u> FORMA FARMACÊUTICA: POMADA. FORMA DE APRESENTAÇÃO: POMADA 45G. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |  |  |  |
| 307. | 15.000 | COMPRI MIDO | <u>PANTOPRAZOL 40MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 40MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                     |  |  |  |
| 308. | 1.000  | AMPOLA      | <u>PARACETAMOL EV. AMPOLA 10ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                |  |  |  |
| 309. | 1.000  | FRASCO      | <u>PARACETAMOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 200MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL – GOTAS – FRASCO 15ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                    |  |  |  |
| 310. | 10.000 | COMPRI MIDO | <u>PARACETAMOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 500MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                               |  |  |  |
| 311. | 7.500  | COMPRI MIDO | <u>PAROXETINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 20MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. VIA ORAL.                                                                                                                       |  |  |  |
| 312. | 100    | BISNAGA     | <u>PASTA D'ÁGUA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 10 %.</u> FORMA FARMACÊUTICA: PASTA DERMATOLÓGICA 100ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                |  |  |  |
| 313. | 4.000  | COMPRI MIDO | <u>PENTOXIFILINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 400MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO / CÁPSULA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                   |  |  |  |
| 314. | 500    | COMPRI MIDO | <u>PERMANGANATO DE POTÁSSIO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO TÓPICO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                           |  |  |  |
| 315. | 500    | FRASCO      | <u>PERMETRINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1%.</u> FORMA FARMACÊUTICA: LOÇÃO TÓPICA 60ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 24 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                            |  |  |  |
| 316. | 1.000  | TUBO        | <u>POLISSULFATO DE MUCOPOLISSACARÍDEO POMADA</u>                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |             |                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |
|------|--------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|      |        |             | (HIRUDOID)- 40G. FORMA FARMACÊUTICA: CREME DERMATOLÓGICO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                     |  |  |  |
| 317. | 500    | FRASCO      | <u>POLIVITAMÍNICO E POLIMINERAL INFANTIL.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL 250ML + COPO MEDIDA. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                         |  |  |  |
| 318. | 8.000  | COMPRI MIDO | <u>POLIVITAMÍNICO.</u> CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: VITAMINA B1 4MG + VIT. B2 2 MG + VIT. B3 10 MG + VIT. B5 2 MG + VIT. B6 1 MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |  |  |  |
| 319. | 700    | FRASCO      | <u>PREDNISOLONA.</u> <u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> 15MG/5ML. FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL – FRASCO 60ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                |  |  |  |
| 320. | 15.000 | COMPRI MIDO | <u>PREDNISONA.</u> <u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> 20MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                      |  |  |  |
| 321. | 7.500  | COMPRI MIDO | <u>PREDNISONA.</u> <u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> 5MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                       |  |  |  |
| 322. | 7.000  | COMPRI MIDO | <u>PREGABALINA 150MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 150MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                               |  |  |  |
| 323. | 15.000 | COMPRI MIDO | <u>PREGABALINA 75MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                      |  |  |  |
| 324. | 250    | BISNAGA     | <u>PROMETAZINA.</u> <u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> 2%. 30G. FORMA FARMACÊUTICA: CREME DERMATOLÓGICO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                         |  |  |  |
| 325. | 4.000  | COMPRI MIDO | <u>PROMETAZINA.</u> <u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> 25MG. FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                     |  |  |  |
| 326. | 1.000  | AMPOLA      | <u>PROMETAZINA.</u> <u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> 50MG/2ML. FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL – AMPOLA 2ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                             |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |       |                |                                                                                                                                                                                                |  |  |  |
|------|-------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 327. | 6.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>PROPAFENONA 300MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                        |  |  |  |
| 328. | 3.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>PROPATILNITRATO 10MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 10MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                           |  |  |  |
| 329. | 500   | AMPOLA         | <u>PROPOFOL 10MG/ML AMPOLA 20 ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 20ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                      |  |  |  |
| 330. | 5.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>PROPANOLOL.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 40 MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                |  |  |  |
| 331. | 7.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>QUETIAPINA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 25 MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                |  |  |  |
| 332. | 5.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>QUETIAPINA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50 MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                |  |  |  |
| 333. | 1.000 | FRASCO         | <u>REPELENTE PARA GESTANTE.</u> FORMA FARMACÊUTICA: FRASCO 100ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                        |  |  |  |
| 334. | 3.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>REVOC 50MG (MALEATO DE FLUVOXAMINA)</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50 MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.        |  |  |  |
| 335. | 1.000 | FRASCO         | <u>RIFAMICINA SÓDICA 10MG/ML SPRAY TÓPICO - FRASCO COM 20 ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SPRAY TÓPICO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                      |  |  |  |
| 336. | 1.000 | FRASCO         | <u>RISPERIDONA 1MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL 1MG/ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. FRASCO 30ML.                                            |  |  |  |
| 337. | 5.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>RISPERIDONA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 1 MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                |  |  |  |
| 338. | 2.000 | CAPSULA        | <u>RITALINA LA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u><br><u>CLORIDRATO DE METILFENIDATO 10MG</u> FORMA FARMACÊUTICA: CAPSULA 10MG. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |                |                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
|------|--------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 339. | 3.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>RIVAROXABANA 15MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 15MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                    |  |  |  |
| 340. | 15.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>RIVAROXABANA 20MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 20MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                    |  |  |  |
| 341. | 20.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>ROSUVASTATINA 10MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 10MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                   |  |  |  |
| 342. | 6.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>ROSUVASTATINA CÁLCICA + EZETIMIBA 20/10MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 20/10MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                          |  |  |  |
| 343. | 1.500  | AMPOLA         | <u>SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100MG/5ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: INJETÁVEL – AMPOLA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |  |  |  |
| 344. | 7.000  | CÁPSULA        | <u>SACCHOROMYCES BOULARDII-17 200MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                  |  |  |  |
| 345. | 1.500  | COMPRI<br>MIDO | <u>SACUBITRIL/VALSARTANA 24/26MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                  |  |  |  |
| 346. | 7.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>SACUBITRIL/VALSARTANA 49/51MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                  |  |  |  |
| 347. | 1.500  | COMPRI<br>MIDO | <u>SACUBITRIL/VALSARTANA 97/103MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                 |  |  |  |
| 348. | 5.000  | SACHE          | <u>SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL ADULTO E INFANTIL</u> - FORMA FARMACÊUTICA: SACHE. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                       |  |  |  |
| 349. | 500    | FRASCO         | <u>SALBUTAMOL</u> - FORMA FARMACÊUTICA: INALAÇÃO ORAL. SOLUÇÃO PARA NEBULIZAÇÃO 10 ML. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                 |  |  |  |
| 350. | 3.000  | SPRAY          | <u>SALBUTAMOL 100 MCG</u> – FORMA FARMACÊUTICA SPRAY: 200 DOSES. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                       |  |  |  |
| 351. | 27     | UNIDADE        | <u>SENSOR FREESTYLE LIBRE(DIABETES MELLITUS TIPO 1) – ORDEM JUDICIAL.</u> PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                              |  |  |  |
| 352. | 20.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>SERTRALINA, CLORIDRATO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                     |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |
|------|--------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 353. | 5.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>SIMETICONA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> 40MG.<br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12<br>MESES A PARTIR DA DATA DE<br>FABRICAÇÃO.                                                                                                            |  |  |  |
| 354. | 1.500  | FRASCO         | <u>SIMETICONA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> 75MG/ML.<br>FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL<br>– GOTAS 20 ML. PRAZO DE VALIDADE:<br>MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA<br>DE FABRICAÇÃO.                                                                                         |  |  |  |
| 355. | 10.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>SINVASTATINA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> 20MG.<br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12<br>MESES A PARTIR DA DATA DE<br>FABRICAÇÃO.                                                                                                          |  |  |  |
| 356. | 5.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>SOLIFENACINA</u> 5MG. FORMA<br>FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO<br>DE VALIDADE MÍNIMO DE 12 MESES A<br>PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                |  |  |  |
| 357. | 500    | FRASCO         | <u>SOLUÇÃO FISIOLÓGICA NASAL.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> 9,0MG/ML<br><u>CLORETO DE SÓDIO + CLORETO DE</u><br><u>BENZALCÔNIO 0,1MG/ML.</u> FORMA<br>FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO NASAL –<br>FRASCO 30ML. PRAZO DE VALIDADE:<br>MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA<br>DE FABRICAÇÃO. |  |  |  |
| 358. | 5.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>SOMALGIN CARDIO 100MG.</u> FORMA<br>FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO<br>VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A<br>PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                             |  |  |  |
| 359. | 3.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIMA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> 400/80MG.<br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12<br>MESES A PARTIR DA DATA DE<br>FABRICAÇÃO.                                                                                       |  |  |  |
| 360. | 100    | AMPOLA         | <u>SULFATO DE MAGNÉSIO 10 % - AMPOLA</u><br><u>DE 10 ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA:<br>AMPOLA 10%, 10 ML. PRAZO VALIDADE:<br>MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA<br>DE FABRICAÇÃO.                                                                                                       |  |  |  |
| 361. | 150    | FRASCO         | <u>SULFATO FERROSO.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> 25MG<br><u>FE++.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO<br>GOTAS. 30ML. PRAZO DE VALIDADE:<br>MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA<br>DE FABRICAÇÃO.                                                                                  |  |  |  |
| 362. | 12.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>SULFATO FERROSO.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM:</u> 40MG.<br>FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.<br>PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12<br>MESES A PARTIR DA DATA DE<br>FABRICAÇÃO.                                                                                                       |  |  |  |
| 363. | 300    | AMPOLA         | <u>SUXAMETONIO 500MG.</u> FORMA<br>FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL.<br>PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A<br>PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                               |  |  |  |
| 364. | 50     | FRASCO         | <u>TARTARATO BRIMONIDINA</u><br><u>2MG 5ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA:<br>COLÍRIO 5ML. PRAZO DE VALIDADE DE 12                                                                                                                                                                           |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |             | MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                              |  |  |  |
|------|--------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 365. | 100    | AMPOLA      | <u>TERBUTALINA 0,5MG/ML - AMPOLA DE 1 ML IV- SC.</u> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA 0,5MG/ML, 1ML. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                  |  |  |  |
| 366. | 200    | BISNAGA     | <u>TIABENDAZOL 10MG/1G+ NEOMICINA 5MG/1G.</u> FORMA FARMACÊUTICA: CREME 15G. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                    |  |  |  |
| 367. | 500    | AMPOLA      | <u>TIAMINA 100MG/ML - COM 1ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                  |  |  |  |
| 368. | 10.000 | COMPRI MIDO | <u>TIAMINA 300MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO DE 300MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                  |  |  |  |
| 369. | 500    | COMPRI MIDO | <u>TICAGRELOR 90MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 90MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                             |  |  |  |
| 370. | 350    | FRASCO      | <u>TOBRAMICINA + DEXAMETASONA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 3MG/ML + 1 MG/ML. 5ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COLÍRIO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |  |  |  |
| 371. | 500    | FRASCO      | <u>TOBRAMICINA. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 3MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COLÍRIO. 5ML. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                          |  |  |  |
| 372. | 3.000  | COMPRI MIDO | <u>TOPIRAMATO 25MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                      |  |  |  |
| 373. | 3.000  | AMPOLA      | <u>TRAMADOL 100MG/ML. AMPOLA DE 2ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL.                                                                                                    |  |  |  |
| 374. | 1.500  | AMPOLA      | <u>TRAMADOL 50MG/ML. AMPOLA 2ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: AMPOLA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                             |  |  |  |
| 375. | 10.000 | COMPRI MIDO | <u>TRAMADOL. CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 100 MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                |  |  |  |
| 376. | 3.000  | COMPRI MIDO | <u>TRAZODONA 50MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 50MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                      |  |  |  |
| 377. | 150    | BISNAGA     | <u>TRIANCINOLONA ACETONIDA 1MG/G. BISNAGA COM 10G.</u> FORMA FARMACÊUTICA: BISNAGA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                          |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |                |                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |
|------|--------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 378. | 500    | COMPRI<br>MIDO | <u>TRIMETAZIDINA 35MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 35MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                    |  |  |  |
| 379. | 300    | FRASCO         | <u>TROLAMINA + BORATO DE 8-HIDROXIQUINOLINA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 140MG/ML DE TROLAMINA + 0,40 MG/ML DE BORATO DE 8-HIDROXIQUINOLINA 5ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO OTOLÓGICA. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |  |  |  |
| 380. | 500    | FRASCO         | <u>VALPROATO DE SÓDIO 50MG/ML.</u> FORMA FARMACÊUTICA: 100ML SUSPENSÃO. PRAZO DE VALIDADE A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                             |  |  |  |
| 381. | 1.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>VALSARTANA + HIDROCLOROTIAZIDA 160/12,5MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 160/12,5MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                                        |  |  |  |
| 382. | 7.500  | COMPRI<br>MIDO | <u>VALSARTANA + HIDROCLOROTIAZIDA 320/25MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 320/25MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                           |  |  |  |
| 383. | 15.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>VALSARTANA + HIDROCLOROTIAZIDA 320+12,5 MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                               |  |  |  |
| 384. | 5.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>VALSARTANA 320MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                                |  |  |  |
| 385. | 1.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>VALSARTANA+ HIDROCLOROTIAZIDA 80+12,5MG</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO.                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| 386. | 20     | FRASCO         | <u>VALTELLINAMED – CDB FULL SPECTRUM – 6.000MG DE CBD E 0,3% DE THC, FRASCO COM 30ML, SENDO 200MG/ML DE CBD E 3MG/ML DE THC (20:0,3)</u><br><u>ORDEM JUDICIAL.</u> PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                      |  |  |  |
| 387. | 4.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>VARFARINA.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 5MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                          |  |  |  |
| 388. | 5.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>VECASTEN (MELILOTUS OFFICINALIS 26,4MG DE EXTRATO SECO).</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 26,4MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO                                                                                              |  |  |  |
| 389. | 10.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>VENLAFAXINA 150MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 150MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                                                    |  |  |  |
| 390. | 8.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>VENLAFAXINA 37,5MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 37,5MG.                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

|      |        |                |                                                                                                                                                                             |  |  |  |
|------|--------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|      |        |                | PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                                                                          |  |  |  |
| 391. | 10.000 | COMPRI<br>MIDO | <u>VENLAFAXINA 75 MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 75MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                           |  |  |  |
| 392. | 1.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>VERAPAMIL.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 80MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.               |  |  |  |
| 393. | 1.500  | COMPRI<br>MIDO | <u>VIMPOCETINA 5MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO 5MG. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                              |  |  |  |
| 394. | 1.500  | FRASCO         | <u>VITAMINA D.</u> FORMA FARMACÊUTICA: 20ML SOLUÇÃO GOTAS PEDIÁTRICA. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                         |  |  |  |
| 395. | 3.000  | CÁPSULA        | <u>VITAMINA D3 50.000UI.</u> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                     |  |  |  |
| 396. | 3.000  | CÁPSULA        | <u>VITAMINA D3- 7.000UI.</u> FORMA FARMACÊUTICA: CÁPSULA. PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                     |  |  |  |
| 397. | 5.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>VITAMINAS DO COMPLEXO B.</u><br><u>CONCENTRAÇÃO/DOSAGEM: 50MG.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO DE VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO. |  |  |  |
| 398. | 5.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>ZOLPIDEM 10MG-</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                    |  |  |  |
| 399. | 6.000  | COMPRI<br>MIDO | <u>ZOLPIDEM 5MG SL.</u> FORMA FARMACÊUTICA: COMPRIMIDO. PRAZO VALIDADE: MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO.                                                  |  |  |  |

-Valor Global da Proposta por extenso: -----

- Prazo de validade de nossa proposta: --(-----) dias, a contar da data de sua apresentação (não inferior a 60 dias corridos).

- Prazo de Entrega: Conforme informações constantes no Termo de Referência.

- Forma de pagamento: O pagamento será efetuado em até **30 (trinta) dias**.

**DECLARO**, nos preços propostos estão incluídos, além do lucro, todas as despesas e custos, tais como: despesas de transporte, tributos, encargos trabalhistas e previdenciários.

**DECLARO** que a empresa participante e vencedora da Licitação é obrigada a reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, a suas expensas, no total ou em parte, o objeto do Contrato

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

**CNPJ: 65.711.699/0001-43**

em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes de sua execução ou de materiais nela empregados, de acordo com o art. 119 da Lei nº 14.133/2021.

Local e data.

Assinatura do Responsável Legal

**Fone (17) 3561-8780**

**Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP**

**[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)**



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

## ANEXO V - MODELO DE DECLARAÇÃO ÚNICA

------(Razão Social), inscrita no CNPJ/MF nº --.---.---/-----, sediada na -  
------(endereço completo), por seu representante legal (qualificação completa), portador do CPF nº ---.---.----- e do RG nº --.---.--- - -, que ao final subscreve, **DECLARA** expressamente a quem interessar e para fins de atendimento do edital e processo em referência, QUE:

- a) Conhece na íntegra o Edital, está ciente e concorda com as condições impostas nele e em seus anexos, ao passo que se submete às condições nele estabelecidas, bem como de que a proposta apresentada compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de sua entrega em definitivo e que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos no instrumento convocatório;
- b) Inexiste quaisquer fatos impeditivos de sua habilitação e que a mesma não foi declarada inidônea por Ato do Poder Público Municipal, ou que esteja temporariamente impedida de licitar, contratar ou transacionar com a Administração Pública de Novais ou quaisquer de seus órgãos descentralizados (inciso III e IV do art. 156 da Lei 14.133/2021), ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;
- c) Responsabiliza pelas transações que forem efetuadas no sistema, assumindo-as como firmes e verdadeiras;
- d) Não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do art. 7º, XXXIII, da Constituição;
- e) Não possui, em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal;
- f) Cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas;
- g) Não possui empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal;
- h) Cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas.
- i) Não possui funcionário público no quadro societário da empresa;
- j) Está adequada à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) – Lei nº 13.709/2018;

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

**CNPJ: 65.711.699/0001-43**

**k)** Atende aos requisitos de habilitação, e o declarante responderá pela veracidade das informações prestadas, na forma da lei (art. 63, I, da Lei nº 14.133/2021);

**l)** Que o cálculo do valor da contratação considera taxa de risco compatível com o objeto da licitação e com os riscos atribuídos ao Contratado.

Por ser expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade por esta declaração, sob pena do art. 299 do Código Penal.

Local, Data e Assinatura

**Fone (17) 3561-8780**

**Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP**

**[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)**



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

## ANEXO VI - APLICAÇÃO DA LEI COMPLEMENTAR Nº 123/2006

### MODELO DA DECLARAÇÃO DE ENQUADRAMENTO DE MICROEMPREENDEDOR INDIVIDUAL, MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE

----- (Razão Social), inscrita no CNPJ sob o nº --.---.---/-----, por intermédio de seu representante legal, o(a) Sr.(a)-----, portador(a) do CPF nº ---.---.--- e do RG nº ---.---.---, **DECLARA** sob as sanções administrativas cabíveis e sob as penas da lei, que esta empresa, na presente data, é considerada:

( ) **MICROEMPREENDEDOR INDIVIDUAL**, conforme §1º do art. 18 da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006.

( ) **MICROEMPRESA**, conforme inciso I do art. 3º da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006.

( ) **EMPRESA DE PEQUENO PORTE**, conforme inciso II do art. 3º da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006.

Declaro, sob as penas da lei, não possuir qualquer dos impedimentos previstos nos §§ 4º e seguintes, todos do art. 3º da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006 e alterações, cujos termos declara conhecer na íntegra.

Declaro ainda que, no ano-calendário de realização desta licitação, ainda não celebrei Contratos com a Administração Pública cujos valores somados extrapolem a receita bruta máxima admitida para fins de enquadramento como empresa de pequeno porte, ou seja, que ainda não celebrou Contratos com a Administração Pública cujos valores somados extrapolem 4,8 milhões/ano (Lei Complementar nº 123/2006, art. 3º, II).

Local e Data

Assinatura

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

## ANEXO VII – MODELO DE DECLARAÇÃO DE EXEQUIBILIDADE DA PROPOSTA

Ao

Município de Novais/SP

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro

Novais/SP

Processo de Licitação nº ---/20--

Pregão Eletrônico nº --/20--

**OBJETO:** Registro de preços para eventual aquisição parcelada de Medicamentos Éticos, Genéricos ou Similares, cujos manuais de boas práticas sejam aprovados pela ANVISA e sua comercialização seja devidamente autorizada pelo Ministério da Saúde, destinados à manutenção das atividades da Farmácia Municipal de Novais, pelo período de 12(doze) meses, conforme especificações constantes no ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA.

A empresa -----, por meio de seu representante legal o(a) Sr.(a) -----, portador do CPF nº ---.---.----- e do RG nº --.---.-----, nomeia seu(sua) bastante procurador(a) o(a) Sr.(a) -----, Portador do CPF nº ---.---.----- e do RG nº --.---.-----, **DECLARA**, sob as penas da lei, que os preços apresentados na proposta comercial relativa aos **Item(ns) –(número do Item e descrição)** e , **–(número do Item e descrição)** do referido certame **são exequíveis, estando compatíveis com os custos diretos e indiretos envolvidos na execução do objeto licitado.**

Para fins de transparência e comprovação da viabilidade econômica da proposta, apresenta-se a estrutura resumida de formação do preço:

Custo direto R\$ --(-----) cada unidade/peças etc.;

Preço de venda ofertado R\$ --(-----) cada unidade/peça etc.;

Margem Bruta estimada sobre o custo --,--% (-----).

A margem entre o custo e o preço ofertado é suficiente para cobrir despesas indiretas, tributos, encargos operacionais, administrativos e ainda assegurar margem de lucro adequada, o que comprova a exequibilidade da proposta.

Declara, ainda, que a empresa possui plena capacidade técnica e operacional para fornecer o(s) item(ns), conforme especificações constantes no edital e seus anexos, assumindo o compromisso de cumprimento dos prazos e condições estabelecidas.

Por fim, afirma que os valores apresentados foram formados com base em critérios realistas de mercado, considerando insumos, mão de obra, encargos, tributos e demais despesas envolvidas, assegurando, assim, a viabilidade econômica da execução contratual.

Nestes termos, firma a presente declaração para os devidos fins.

Local e Data

Assinatura

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

## ANEXO VIII - MODELO DE PROCURAÇÃO

A empresa -----, por meio de seu representante legal o(a) Sr.(a) -----, portador do CPF nº ---.---.----- e do RG nº --.---.-----, nomeia seu(sua) bastante procurador(a) o(a) Sr.(a) -----, portador do CPF nº ---.---.----- e do RG nº --.---.-----, com poderes para formular lances, negociar preço, interpor recursos e desistir de sua interposição e praticar todos os demais atos pertinentes ao certame, inclusive assinar Ata de Registro de Preços e Contratos, referentes ao Pregão Eletrônico nº --/20--.

Local e Data

Assinatura

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

## ANEXO IX – MINUTA DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº --/20--

FORNECEDOR Nº --/20--

PROCESSO Nº ---/20-- - PREGÃO ELETRÔNICO Nº --/20--

Aos -- dias do mês de ---- de 20--, de um lado o **MUNICÍPIO DE NOVAIS**, Inscrição no CNPJ sob nº 65.711.699/0001-43, com sede administrativa no Paço Municipal, localizado na Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-007, na Cidade de Novais, Estado de São Paulo, representado neste ato pelo(a) Prefeito(a) Municipal, o(a) Senhor(a) ----- (nome), portador(a) do CPF nº ---.---.----- e do RG nº --.---.-----, neste ato denominado de **ÓRGÃO GERENCIADOR**, em face da classificação e do resultado do **PREGÃO ELETRÔNICO Nº --/20--**, homologado em -- de ---- de 20--, **RESOLVE**, registrar os preços da(s) empresa(s) indicada(s) e qualificada(s) nesta Ata, de acordo com a classificação por ela(s) alcançada(s) e na(s) quantidade(s) cotada(s), atendendo as condições previstas no Edital de licitação, sujeitando-se as partes às normas constantes na Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021 e em conformidade com as disposições a seguir:

### **FORNECEDOR:**

Empresa -----, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº --.---.---/----- e Inscrição Estadual nº ---.---.---, com sede administrativa estabelecida na -----, nº ---, CEP: --.-----, na Cidade de -----, Estado de -----, neste ato, representada por seu ----- (função), o(a) Sr.(a) -----, portador do CPF nº - --.---.----- e do RG nº --.---.-----.

### **1. DO OBJETO**

**1.1.** A presente Ata tem por objeto o **Registro de preços para eventual aquisição parcelada de Medicamentos Éticos, Genéricos ou Similares**, cujos manuais de boas práticas sejam aprovados pela ANVISA e sua comercialização seja devidamente autorizada pelo Ministério da Saúde, destinados à manutenção das atividades da Farmácia Municipal de Novais, pelo período de 12 (doze) meses, conforme especificações constantes no ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA do Edital de Licitação nº --/20--, que é parte integrante desta Ata, assim como as propostas cujos preços tenham sido registrados, independentemente de transcrição.

**1.2.** São anexos a este instrumento e vinculam esta contratação, independentemente de transcrição:

- 1.2.1.** Termo de Referência que embasou a contratação;
- 1.2.2.** O Edital de Licitação;
- 1.2.3.** A Proposta do Contratado; e
- 1.2.4.** Eventuais anexos dos documentos supracitados.

### **2. DOS PREÇOS, ESPECIFICAÇÕES E QUANTITATIVOS**

**2.1.** Os preços registrados, as especificações do objeto, as quantidades, os valores unitários, os valores totais e as marcas ofertadas na(s) proposta(s) são as que seguem:

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

| ITEM        | QUANTIDADE | UNIDADE | DESCRIÇÃO | VALOR UNITÁRIO   | VALOR TOTAL | MARCA |
|-------------|------------|---------|-----------|------------------|-------------|-------|
| 01          |            |         |           |                  |             |       |
| 02          |            |         |           |                  |             |       |
| ---         |            |         |           |                  |             |       |
| VALOR TOTAL |            |         |           | R\$--.-- (-----) |             |       |

### 3. ÓRGÃO GERENCIADOR PARTICIPANTE

3.1. O órgão gerenciador será a própria Administração municipal, abrangendo todos os órgãos desta municipalidade.

### 4. DA ADESÃO À ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

4.1. Não será admitida a adesão à ata de registro de preços decorrente desta licitação, conforme justificativa apresentada no edital de licitação.

4.2. É vedado efetuar acréscimos nos quantitativos fixados na Ata de Registro de Preços.

### 5. DA VALIDADE, FORMALIZAÇÃO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS E CADASTRO RESERVA

5.1. A validade da Ata de Registro de Preços será de 1 (um) ano, contado a partir de sua assinatura, podendo ser prorrogada por igual período, mediante a anuência do fornecedor, desde que comprovado o preço vantajoso.

5.1.1. Em caso de prorrogação da ata, poderá ser renovado o quantitativo originalmente registrado.

5.1.2. O Contrato decorrente da Ata de Registro de Preços terá sua vigência estabelecida no próprio instrumento contratual e observará no momento da contratação e a cada exercício financeiro a disponibilidade de créditos orçamentários, bem como a previsão no plano plurianual, quando ultrapassar 1 (um) exercício financeiro.

5.1.3. Na formalização do Contrato ou do instrumento substituto deverá haver a indicação da disponibilidade dos créditos orçamentários respectivos.

5.2. A contratação com os fornecedores registrados na ata será formalizada pelo órgão interessado por intermédio de instrumento contratual, emissão de nota de empenho de despesa, autorização de compra ou outro instrumento hábil, conforme o art. 95 da Lei nº 14.133/2021.

5.2.1. O instrumento contratual de que trata o item 5.2. deverá ser assinado no prazo de validade da Ata de Registro de Preços.

5.3. Os Contratos decorrentes do Sistema de Registro de Preços poderão ser alterados, observado o art. 124 da Lei nº 14.133/2021.

5.4. Após a homologação da licitação, deverão ser observadas as seguintes condições para formalização da Ata de Registro de Preços:

5.4.1. Serão registrados na ata os preços e os quantitativos do adjudicatário, devendo ser observada a possibilidade de o licitante oferecer ou não proposta em quantitativo inferior ao máximo previsto no edital e se obrigar nos limites dela;

5.4.2. Será incluído na ata, na forma de anexo, o registro dos licitantes ou dos fornecedores que:

5.4.2.1. Aceitarem cotar os bens, as obras ou os serviços com preços iguais aos do adjudicatário, observada a classificação da licitação; e

5.4.2.2. Mantiverem sua proposta original.

5.4.3. Será respeitada, nas contratações, a ordem de classificação dos licitantes ou dos fornecedores registrados na ata.

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novaes/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

**5.5.** O registro a que se refere o item 5.4.2 tem por objetivo a formação de cadastro de reserva para o caso de impossibilidade de atendimento pelo signatário da ata.

**5.6.** Para fins da ordem de classificação, os licitantes ou fornecedores que aceitarem reduzir suas propostas para o preço do adjudicatário antecederão aqueles que mantiverem sua proposta original.

**5.7.** A habilitação dos licitantes que comporão o cadastro de reserva a que se refere o item 5.4.2.2. somente será efetuada quando houver necessidade de contratação dos licitantes remanescentes, nas seguintes hipóteses:

**5.7.1.** Quando o licitante vencedor não assinar a Ata de Registro de Preços, no prazo e nas condições estabelecidos no edital; e

**5.7.2.** Quando houver o cancelamento do registro do licitante ou do registro de preços nas hipóteses previstas no item 9.

**5.8.** O preço registrado com indicação dos licitantes e fornecedores será divulgado no Diário Oficial do Município.

**5.9.** Após a homologação da licitação ou da contratação direta, o licitante mais bem classificado, será convocado para assinar a Ata de Registro de Preços, no prazo e nas condições estabelecidos no edital de licitação, sob pena de decair o direito, sem prejuízo das sanções previstas na Lei nº 14.133, de 2021.

**5.9.1.** O prazo de convocação poderá ser prorrogado 1 (uma) vez, por igual período, mediante solicitação do licitante ou fornecedor convocado, desde que apresentada dentro do prazo, devidamente justificada, e que a justificativa seja aceita pela Administração.

**5.10.** A Ata de Registro de Preços será assinada preferencialmente por meio de assinatura digital.

**5.11.** Quando o convocado não assinar a Ata de Registro de Preços no prazo e nas condições estabelecidos no edital, observando o item 5.7 e subitens, fica facultado à Administração convocar os licitantes remanescentes do cadastro de reserva, na ordem de classificação, para fazê-lo em igual prazo e nas condições propostas pelo primeiro classificado.

**5.12.** Na hipótese de nenhum dos licitantes que trata o item 5.4.2.1., aceitar a contratação nos termos do item anterior, a Administração, observados o valor estimado e sua eventual atualização nos termos do edital, poderá:

**5.12.1.** Convocar para negociação os demais licitantes ou fornecedores remanescentes cujos preços foram registrados sem redução, observada a ordem de classificação, com vistas à obtenção de preço melhor, mesmo que acima do preço do adjudicatário; ou

**5.12.2.** Adjudicar e firmar o Contrato nas condições ofertadas pelos licitantes ou fornecedores remanescentes, atendida a ordem classificatória, quando frustrada a negociação de melhor condição.

**5.13.** A existência de preços registrados implicará compromisso de fornecimento nas condições estabelecidas, mas não obrigará a Administração a contratar, facultada a realização de licitação específica para a aquisição pretendida, desde que devidamente justificada.

## **6. DA ALTERAÇÃO OU ATUALIZAÇÃO DOS PREÇOS REGISTRADOS**

**6.1.** Os preços registrados poderão ser alterados ou atualizados em decorrência de eventual redução dos preços praticados no mercado ou de fato que eleve o custo dos bens registrados, nas seguintes situações:

**6.1.1.** Em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe ou em decorrência de fatos imprevisíveis ou previsíveis de consequências incalculáveis, que inviabilizem a execução da ata

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

tal como pactuada, nos termos da alínea “d” do inciso II do caput do art. 124 da Lei nº 14.133, de 2021;

**6.1.2.** Em caso de criação, alteração ou extinção de quaisquer tributos ou encargos legais ou a superveniência de disposições legais, com comprovada repercussão sobre os preços registrados;

**6.1.3.** Na hipótese de previsão no edital de cláusula de reajustamento ou repactuação sobre os preços registrados, nos termos da Lei nº 14.133, de 2021.

**6.1.3.1.** No caso do reajustamento, deverá ser respeitada a contagem da anualidade e o índice previstos para a contratação;

**6.1.3.2.** No caso da repactuação, poderá ser a pedido do interessado, conforme critérios definidos para a contratação.

## **7. DA NEGOCIAÇÃO DE PREÇOS REGISTRADOS**

**7.1.** Na hipótese de o preço registrado tornar-se superior ao preço praticado no mercado por motivo superveniente, o órgão convocará o fornecedor para negociar a redução do preço registrado.

**7.1.1.** Caso não aceite reduzir seu preço aos valores praticados pelo mercado, o fornecedor será liberado do compromisso assumido quanto ao item registrado, sem aplicação de penalidades administrativas.

**7.1.2.** Na hipótese prevista no item anterior, o órgão gerenciador convocará os fornecedores do cadastro de reserva, na ordem de classificação, para verificar se aceitam reduzir seus preços aos valores de mercado e não convocará os licitantes ou fornecedores que tiveram seu registro cancelado.

**7.1.3.** Se não obtiver êxito nas negociações, o órgão procederá ao cancelamento da Ata de Registro de Preços, adotando as medidas cabíveis para obtenção de contratação mais vantajosa.

**7.1.4.** Na hipótese de redução do preço registrado na Ata de Registro de Preços, o órgão gerenciador poderá promover negociação com o fornecedor visando à adequação dos valores eventualmente contratados, observado o disposto no art. 124 da Lei nº 14.133, de 2021.

**7.2.** Na hipótese de o preço de mercado tornar-se superior ao preço registrado e o fornecedor não poder cumprir as obrigações estabelecidas na ata, será facultado ao fornecedor requerer ao órgão gerenciador a alteração do preço registrado, mediante comprovação de fato superveniente que supostamente o impossibilite de cumprir o compromisso.

**7.2.1.** Neste caso, o fornecedor encaminhará, juntamente com o pedido de alteração, a documentação comprobatória e/ou planilha de custos que demonstre a inviabilidade do preço registrado em relação às condições inicialmente pactuadas.

**7.2.2.** Na hipótese de não comprovação da existência de fato superveniente que inviabilize o preço registrado, o pedido será indeferido pelo órgão gerenciador e o fornecedor deverá cumprir as obrigações estabelecidas na ata, sob pena de cancelamento do seu registro, nos termos do item 9.1., sem prejuízo das sanções previstas na Lei nº 14.133, de 2021, e na legislação aplicável.

**7.2.3.** Na hipótese de cancelamento do registro do fornecedor, nos termos do item anterior, o órgão gerenciador convocará os fornecedores do cadastro de reserva, na ordem de classificação, para verificar se aceitam manter seus preços registrados, observado o disposto no item 5.7.

**7.2.4.** Se não obtiver êxito nas negociações, o órgão gerenciador procederá ao cancelamento da Ata de Registro de Preços, nos termos do item 9.4., e adotará as medidas cabíveis para a obtenção da contratação mais vantajosa.

**Fone (17) 3561-8780**

**Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novaes/SP**

**[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)**



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

**7.2.5.** Na hipótese de comprovação da majoração do preço de mercado que inviabilize o preço registrado, conforme previsto no item 7.2. e no item 7.2.1., o órgão gerenciador atualizará o preço registrado, de acordo com a realidade dos valores praticados pelo mercado.

**7.2.6.** Formalizada a alteração do preço registrado, o órgão gerenciador adotará as providências necessárias para a eventual adequação dos valores dos contratos decorrentes da Ata, observado o disposto no art. 124 da Lei nº 14.133, de 2021.

## **8. REMANEJAMENTO DAS QUANTIDADES REGISTRADAS NA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS**

**8.1.** As quantidades previstas para os itens com preços registrados na Ata de Registro de Preços poderão ser remanejadas pela Administração Municipal entre os órgãos municipais, de acordo com a necessidade superveniente do serviço público.

**8.2.** O remanejamento de quantitativos somente poderá ocorrer entre órgãos municipais integrantes da estrutura administrativa do Município, não caracterizando adesão à ata por órgão ou entidade estranha à Administração Municipal.

**8.3.** Para fins de remanejamento, será considerado órgão municipal participante aquele que tiver informado estimativa de consumo no momento da fase de planejamento da contratação.

**8.4.** O remanejamento será admitido desde que não haja prejuízo ao atendimento das necessidades originalmente previstas pelo órgão municipal que sofrer a redução do quantitativo estimado.

**8.5.** Compete ao setor responsável pela gestão da Ata de Registro de Preços autorizar o remanejamento solicitado, mediante justificativa formal e anuência prévia do órgão municipal que terá redução dos quantitativos inicialmente estimados.

**8.6.** O remanejamento de quantitativos não implicará alteração dos preços registrados, das condições contratuais nem ampliação do objeto originalmente licitado, devendo ser observado o limite global registrado na ata.

**8.7.** Nos casos em que não houver, na fase de planejamento, a discriminação detalhada dos quantitativos por órgão municipal, a distribuição das quantidades para atendimento das demandas internas da Administração Municipal poderá ocorrer por meio de remanejamento, conforme necessidade devidamente justificada.

## **9. DO CANCELAMENTO DO REGISTRO DO LICITANTE VENCEDOR E DOS PREÇOS REGISTRADOS**

**9.1.** O registro do fornecedor será cancelado pelo gerenciador, quando o fornecedor:

**9.1.1.** Descumprir as condições da Ata de Registro de Preços, sem motivo justificado;

**9.1.2.** Não retirar a nota de empenho, ou instrumento equivalente, no prazo estabelecido pela Administração sem justificativa razoável;

**9.1.3.** Não aceitar manter seu preço registrado; ou

**9.1.4.** Sofrer sanção prevista nos incisos III ou IV do caput do art. 156 da Lei nº 14.133, de 2021.

**9.1.4.1.** Na hipótese de aplicação de sanção prevista nos incisos III ou IV do caput do art. 156 da Lei nº 14.133, de 2021, caso a penalidade aplicada ao fornecedor não ultrapasse o prazo de vigência da Ata de Registro de Preços, poderá o órgão gerenciador, mediante decisão fundamentada, decidir pela manutenção do registro de preços, vedadas contratações derivadas da ata enquanto perdurarem os efeitos da sanção.

**9.2.** O cancelamento de registros nas hipóteses previstas no item 9.1. será formalizado por despacho do órgão gerenciador, garantidos os princípios do contraditório e da ampla defesa.

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novaes/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

**9.3.** Na hipótese de cancelamento do registro do fornecedor, o órgão gerenciador poderá convocar os licitantes que compõem o cadastro de reserva, observada a ordem de classificação.

**9.4.** O cancelamento dos preços registrados poderá ser realizado pelo gerenciador, em determinada Ata de Registro de Preços, total ou parcialmente, nas seguintes hipóteses, desde que devidamente comprovadas e justificadas:

**9.4.1.** Por razão de interesse público;

**9.4.2.** A pedido do fornecedor, decorrente de caso fortuito ou força maior; ou

**9.4.3.** Se não houver êxito nas negociações, nas hipóteses em que o preço de mercado tornar-se superior ou inferior ao preço registrado.

## 10. DAS PENALIDADES

**10.1.** O descumprimento da Ata de Registro de Preços ensejará aplicação das penalidades estabelecidas no edital.

**10.1.1.** As sanções também se aplicam aos integrantes do cadastro de reserva no Registro de Preços que, convocados, não honrarem o compromisso assumido injustificadamente após terem assinado a ata.

**10.2.** É da competência do órgão gerenciador a aplicação das penalidades decorrentes do descumprimento do pactuado nesta ata de registro de preço.

## 11. CONDIÇÕES GERAIS

**11.1.** As condições gerais de execução do objeto, tais como os prazos para entrega e recebimento, as obrigações da Administração e do fornecedor registrado, penalidades e demais condições do ajuste, encontram-se definidos no ANEXO I - Termo de Referência anexo ao edital.

**11.2.** Para firmeza e validade do pactuado, a presente Ata foi lavrada em 03 (três) vias de igual teor, que, depois de lida e achada em ordem, vai assinada pelas partes.

Município de Novais/SP, -- de ----- de 20--.

**MUNICÍPIO DE NOVAIS**

**ÓRGÃO GERENCIADOR**

----- (nome) – Prefeito(a) Municipal

----- (Razão Social)

**DETENTORA DA ATA**

----- (nome) – ----- (função)

Testemunhas:

1ª -----

----- (nome)

CPF: ---.---.---

2ª -----

----- (nome)

CPF: ---.---.---

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

## MUNICÍPIO DE NOVAIS

EXTRATO: Ata de Registro de Preços nº --/20—, Fornecedor nº --/20—; Origem: Processo nº ---/20--, Pregão Eletrônico nº --/20--; Órgão Gerenciador: MUNICÍPIO DE NOVAIS, CNPJ nº 65.711.699/0001-43, Detentora da Ata: ----- (Razão Social), CNPJ nº - .----./-----; Detentora dos itens --,--, --, --, --, --, --, --, -- e -- nos valores estimados em R\$ --.--,--; Objeto: **Registro de preços para eventual aquisição parcelada de Medicamentos Éticos, Genéricos ou Similares**, cujos manuais de boas práticas sejam aprovados pela ANVISA e sua comercialização seja devidamente autorizada pelo Ministério da Saúde, destinados à manutenção das atividades da Farmácia Municipal de Novais, pelo período de 12(doze) meses, conforme especificações constantes no ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA; Vigência: --/--/20— à --/--/20--. Local e Data. ----- (nome) – Prefeito(a) Municipal. PUBLIQUE-SE.

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

## ANEXO IX 1 - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

ÓRGÃO GERENCIADOR: MUNICÍPIO DE NOVAIS

DETENTORA DA ATA: -----

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº --/20—

FORNECEDOR Nº --/20—

**OBJETO:** Registro de preços para eventual aquisição parcelada de Medicamentos Éticos, Genéricos ou Similares, cujos manuais de boas práticas sejam aprovados pela ANVISA e sua comercialização seja devidamente autorizada pelo Ministério da Saúde, destinados à manutenção das atividades da Farmácia Municipal de Novais, pelo período de 12(doze) meses, conforme especificações constantes no ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA.

ADVOGADO (S)/ Nº OAB/email: (\*) -----

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

### 1. Estamos CIENTES de que:

- a) o ajuste acima referido, seus aditamentos, bem como o acompanhamento de sua execução contratual, estarão sujeitos a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado (<https://doe.tce.sp.gov.br/>), em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) as informações pessoais dos responsáveis pelo contratante e interessados estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº 01/2020, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa (s);
- e) é de exclusiva responsabilidade do Contratado manter seus dados sempre atualizados.

### 2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Local e data.

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

## AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

Nome: .....

Cargo: .....

CPF: ---.---.-----

## RESPONSÁVEIS PELA HOMOLOGAÇÃO DO CERTAME OU RATIFICAÇÃO DA DISPENSA/INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO

Nome: .....

Cargo: .....

CPF: ---.---.-----

Assinatura: .....

## RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE:

### Pelo Órgão Gerenciador:

Nome: .....

Cargo: .....

CPF: ---.---.-----

Assinatura: .....

### Pelo Fornecedor:

Nome: .....

Cargo: .....

CPF: ---.---.-----

Assinatura: .....

## ORDENADOR DE DESPESAS DO CONTRATANTE:

Nome: .....

Cargo: .....

CPF: ---.---.-----

Assinatura: .....

## GESTOR(ES) DO CONTRATO:

Nome: .....

Cargo: .....

CPF: ---.---.-----

Assinatura: .....

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

## DEMAIS RESPONSÁVEIS (\*):

**Tipo de ato sob sua responsabilidade:** Fiscal do Contrato

Nome: -----

Cargo: -----

CPF: ---.---.-----

Assinatura: -----

(\*) - O Termo de Ciência e de Notificação deve identificar as pessoas físicas que tenham concorrido para a prática do ato jurídico, na condição de ordenador da despesa; de partes contratantes; de responsáveis por ações de acompanhamento, monitoramento e avaliação; de responsáveis por processos licitatórios; de responsáveis por prestações de contas; de responsáveis com atribuições previstas em atos legais ou administrativos e de interessados relacionados a processos de competência deste Tribunal. Na hipótese de prestações de contas, caso o signatário do parecer conclusivo seja distinto daqueles já arrolados como subscritores do Termo de Ciência e de Notificação, será ele objeto de notificação específica.

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

## ANEXO IX 2 - DECLARAÇÃO DE DOCUMENTOS À DISPOSIÇÃO DO TCE-SP

ÓRGÃO GERENCIADOR: MUNICÍPIO DE NOVAIS  
CNPJ Nº 65.711.699/0001-43

DETENTORA DA ATA: -----  
CNPJ Nº --.---.---/-----

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº --/20--  
FORNECEDOR Nº --/20--

DATA DA ASSINATURA: --/--/20--  
VIGÊNCIA: --/--/20-- a --/--/20--

OBJETO: **Registro de preços para eventual aquisição parcelada de Medicamentos Éticos, Genéricos ou Similares**, cujos manuais de boas práticas sejam aprovados pela ANVISA e sua comercialização seja devidamente autorizada pelo Ministério da Saúde, destinados à manutenção das atividades da Farmácia Municipal de Novais, pelo período de 12(doze) meses, conforme especificações constantes no ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA.

VALOR R\$ ---.---.--- (-----).

Declaro(amos), na qualidade de responsável(is) pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que os demais documentos originais, atinentes à correspondente licitação, encontram-se no respectivo processo administrativo arquivado na origem à disposição do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e serão remetidos quando requisitados.

Em se tratando de obras/serviços de Engenharia:

Declaro(amos), na qualidade de responsável(is) pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que os demais documentos originais, atinentes à correspondente licitação, em especial, os a seguir relacionados, encontram-se no respectivo processo administrativo arquivado na origem à disposição do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e serão remetidos quando requisitados:

- a) memorial descritivo dos trabalhos e respectivo cronograma físico-financeiro;
- b) orçamento detalhado em planilhas que expressem a composição de todos os seus custos unitários;
- c) previsão de recursos orçamentários que assegurem o pagamento das obrigações decorrentes de obras ou serviços a serem executados no exercício financeiro em curso, de acordo com o respectivo cronograma;
- d) comprovação no Plano Plurianual de que o produto das obras ou serviços foi contemplado em suas metas;
- e) as plantas e projetos de engenharia e arquitetura.

Município de Novais/SP, -- de ----- de 20--.

----- (NOME)

Prefeito(a) Municipal – e-mail: -----@-----.---.---.---

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

## ANEXO I – CADASTRO RESERVA

**Seguindo a ordem de classificação, segue relação de fornecedores que ACEITARAM COTAR OS ITENS COM PREÇOS IGUAIS AO ADJUDICATÁRIO:**

**FORNECEDOR:**

Empresa -----, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº --.---.---/----- e Inscrição Estadual nº ---.---.---, com sede administrativa estabelecida na -----, nº ---, -----, CEP: --.-----, na Cidade de -----, Estado de -----, neste ato, representada por seu -----(função), o(a) Sr.(a) -----, portador do CPF nº - --.---.--- e do RG nº --.---.-----.

**Seguindo a ordem de classificação, segue relação de fornecedores que MANTIVERAM SUA PROPOSTA ORIGINAL:**

**FORNECEDOR:**

Empresa -----, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº --.---.---/----- e Inscrição Estadual nº ---.---.---, com sede administrativa estabelecida na -----, nº ---, -----, CEP: --.-----, na Cidade de -----, Estado de -----, neste ato, representada por seu -----(função), o(a) Sr.(a) -----, portador do CPF nº - --.---.--- e do RG nº --.---.-----.

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

## ANEXO X – MINUTA DO TERMO DE CONTRATO

CONTRATO Nº ---/20-- QUE FAZEM ENTRE SI O MUNICÍPIO DE NOVAIS E A EMPRESA -----  
----- PARA O FIM QUE NELE SE DECLARA.

### 1. CLÁUSULA PRIMEIRA - DAS PARTES

#### 1.1. São partes contratantes:

**1.1.1.** De um lado o **MUNICÍPIO DE NOVAIS**, pessoa jurídica de direito público interno, situado à Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-007, na Cidade de Novais, Estado de São Paulo, Inscrito no CNPJ sob nº 65.711.699/0001-43, doravante denominado simplesmente **CONTRATANTE**, neste ato representado pelo(a) Prefeito(a) Municipal, o(a) Sr.(a) -----, portador(a) do CPF nº ---.---.----- e do RG nº --.---.----- e de outro lado a empresa -----, inscrita no CNPJ sob o nº --.---.---/----- e Inscrição Estadual nº ---.---.---, estabelecida à (endereço completo), doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, neste ato representada por (função), o(a) Sr.(a) -----, portador(a) do CPF nº ---.---.----- e do RG nº --.---.----- SSP/--, firmam nos termos da Lei nº 14.133, de 01 de abril de 2021 e do Decreto Municipal nº 058/2024, de 02 de dezembro de 2024 e demais legislação aplicável, com respaldo no Processo de Licitação nº ---/20--, Pregão Eletrônico nº --/20--. Os contraentes enunciam as seguintes cláusulas e condições que regerão o Contrato conforme cláusulas e condições a seguir descritas:

### 2. CLÁUSULA SEGUNDA - OBJETO DO CONTRATO

**2.1.** O objeto do presente instrumento é o **Aquisição parcelada de Medicamentos Éticos, Genéricos ou Similares**, cujos manuais de boas práticas sejam aprovados pela ANVISA e sua comercialização seja devidamente autorizada pelo Ministério da Saúde, destinados à manutenção das atividades da Farmácia Municipal de Novais, pelo período de 12(doze) meses, conforme especificações constantes no ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA.

**2.2.** Vinculam esta contratação, independentemente de transcrição:

**2.2.1.** Termo de Referência que embasou a contratação;

**2.2.2.** O Edital de Licitação;

**2.2.3.** A Proposta do Contratado; e

**2.2.4.** Eventuais anexos dos documentos supracitados.

### 3. CLÁUSULA TERCEIRA – VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

**3.1.** O prazo de vigência da contratação é de ---- contados da data deste instrumento contratual, prorrogável sucessivamente por até 10 anos, na forma dos arts. 106 e 107 da Lei nº 14.133, de 2021.

**3.1.1.** A prorrogação de que trata este item é condicionada ao ateste, pela autoridade competente, de que as condições e os preços permanecem vantajosos para a Administração, permitida a negociação com o Contratado, bem como à inexistência de registros no Cadastro Informativo de créditos não quitados do setor público federal (Cadin ).

**3.2.** O Contratado não tem direito subjetivo à prorrogação contratual.

**3.3.** A prorrogação de Contrato deverá ser promovida mediante celebração de termo aditivo.

**3.4.** O Contrato não poderá ser prorrogado quando o Contratado tiver sido penalizado nas

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

sanções de declaração de inidoneidade ou impedimento de licitar e contratar com poder público, observadas as abrangências de aplicação.

#### **4. CLÁUSULA QUARTA – MODELO DE EXECUÇÃO E GESTÃO CONTRATUAIS**

**4.1.** O regime de execução contratual, o modelo de gestão e de execução, assim como os prazos e condições de conclusão, entrega, observação e recebimento do objeto constam no Termo de Referência.

#### **5. CLÁUSULA QUINTA – SUBCONTRATAÇÃO**

**5.1.** As regras sobre a subcontratação do objeto são aquelas estabelecidas no Termo de Referência.

#### **6. CLÁUSULA SEXTA - PREÇO**

**6.1.** O valor total da contratação é de R\$ --.---,-- (-----) .

**6.2.** No valor acima estão incluídas todas as despesas ordinárias diretas e indiretas decorrentes da execução do objeto, inclusive tributos e/ou impostos, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais incidentes, taxa de administração, frete, seguro e outros necessários ao cumprimento integral do objeto da contratação.

**6.3.** O valor acima é meramente estimativo, de forma que os pagamentos devidos ao Contratado dependerão dos quantitativos efetivamente fornecidos.

#### **7. CLÁUSULA SÉTIMA - PAGAMENTO**

**7.1.** O prazo para pagamento ao Contratado e demais condições a ele referentes encontram-se definidos no Termo de Referência.

#### **8. CLÁUSULA OITAVA – REAJUSTE**

**8.1.** As regras acerca do reajuste do valor contratual são aquelas definidas no Termo de Referência.

#### **9. CLÁUSULA NONA - OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE**

**9.1.** São obrigações do Contratante:

**9.1.1.** Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pelo Contratado, de acordo com o Contrato e seus anexos;

**9.1.2.** Receber o objeto no prazo e condições estabelecidas no Termo de Referência;

**9.1.3.** Notificar o Contratado, por escrito, sobre vícios, defeitos incorreções, imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas na execução do objeto contratual, fixando prazo para que seja substituído, reparado ou corrigido, total ou parcialmente, às suas expensas, certificando-se de que as soluções por ele propostas sejam as mais adequadas;

**9.1.4.** Acompanhar e fiscalizar a execução do Contrato e o cumprimento das obrigações pelo Contratado;

**9.1.5.** Efetuar o pagamento ao Contratado do valor correspondente ao fornecimento do objeto, no prazo, forma e condições estabelecidos no presente Contrato e no Termo de Referência;

**9.1.6.** Aplicar ao Contratado as sanções previstas na lei e neste Contrato;

**9.1.7.** Por meio do gestor do Contrato, comunicar a autoridade máxima do Município (Prefeito) acerca do descumprimento de obrigações contratuais pelo Contratado, para adoção das providências administrativas cabíveis;

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

**9.1.8.** Emitir decisão sobre todas as solicitações e reclamações relacionadas à execução do presente Contrato, ressalvados os requerimentos manifestamente impertinentes, meramente protelatórios ou de nenhum interesse para a boa execução do ajuste.

**9.1.9.** A Administração terá o prazo de 10(dez) dias úteis, a contar da data do protocolo do requerimento para decidir, admitida a prorrogação motivada, por igual período.

**9.1.10.** Responder eventuais pedidos de reestabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro feitos pelo Contratado no prazo máximo de 15(quinze) dias úteis ;

**9.1.11.** Notificar os emitentes das garantias quanto ao início de processo administrativo para apuração de descumprimento de cláusulas contratuais, quando houver;

**9.1.12.** A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pelo Contratado com terceiros, ainda que vinculados à execução do Contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato do Contratado, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

## **10. CLÁUSULA DÉCIMA - OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO**

**10.1.** O Contratado deve cumprir todas as obrigações constantes deste Contrato e de seus anexos, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto, observando, ainda, as obrigações a seguir dispostas:

**10.1.1.** Atender às determinações regulares emitidas pelo fiscal ou gestor do Contrato ou autoridade superior e prestar todo esclarecimento ou informação por eles solicitados;

**10.1.2.** Reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, no prazo fixado pelo fiscal do Contrato, os bens e serviços nos quais se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou dos materiais empregados;

**10.1.3.** Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto, bem como por todo e qualquer dano causado à Administração ou terceiros, não reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento da execução contratual pelo Contratante, que ficará autorizado a descontar dos pagamentos devidos ou da garantia, caso exigida, o valor correspondente aos danos sofridos;

**10.1.4.** Quando da apresentação da Nota Fiscal para fins de pagamento, o Contratado deverá comprovar sua regularidade fiscal e trabalhista, mediante a entrega, ao setor responsável pela fiscalização do Contrato, dos seguintes documentos:

**10.1.4.1.** prova de regularidade relativa à Seguridade Social;

**10.1.4.2.** certidão conjunta relativa aos tributos federais e à Dívida Ativa da União;

**10.1.4.3.** certidões que comprovem a regularidade perante a Fazenda Estadual ou Distrital do domicílio ou sede do Contratado;

**10.1.4.4.** Certidão de Regularidade do FGTS - CRF; e

**10.1.4.5.** Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas - CNDT.

**10.1.5.** Responsabilizar-se pelo cumprimento de todas as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias, fiscais, comerciais e as demais previstas em legislação específica, cuja inadimplência não transfere a responsabilidade ao Contratante e não poderá onerar o objeto do Contrato;

**10.1.6.** Comunicar ao Fiscal do Contrato tempestivamente, observada a urgência da situação, qualquer ocorrência anormal ou acidente que se verifique no local da execução do objeto contratual, não ultrapassando o prazo de 24 (vinte e quatro) horas;

**10.2.** Paralisar, por determinação do Contratante, qualquer atividade que não esteja sendo executada de acordo com a boa técnica ou que ponha em risco a segurança de pessoas ou bens de terceiros;

**Fone (17) 3561-8780**

**Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novaes/SP**

**[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)**



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

- 10.3.** Manter, durante toda a vigência do Contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições exigidas para habilitação na licitação;
- 10.4.** Cumprir, durante todo o período de execução do Contrato, a reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência, para reabilitado da Previdência Social ou para aprendiz, bem como as reservas de cargos previstas na legislação;
- 10.4.1.** Comprovar a reserva de cargos a que se refere a cláusula acima, no prazo fixado pelo fiscal do Contrato, com a indicação dos empregados que preencheram as referidas vagas;
- 10.5.** Guardar sigilo sobre todas as informações obtidas em decorrência do cumprimento do Contrato;
- 10.6.** Arcar com o ônus decorrente de eventual equívoco no dimensionamento dos quantitativos de sua proposta, inclusive quanto aos custos variáveis decorrentes de fatores futuros e incertos, devendo complementá-los, caso o previsto inicialmente em sua proposta não seja satisfatório para o atendimento do objeto da contratação, exceto quando ocorrer algum dos eventos arrolados no art. 124, II, d, da Lei nº 14.133, de 2021;
- 10.7.** Cumprir, além dos postulados legais vigentes de âmbito federal, estadual ou municipal, as normas de segurança do Contratante;
- 10.8.** Alocar os empregados necessários ao perfeito cumprimento das cláusulas deste Contrato, com habilitação e conhecimento adequados;
- 10.9.** Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos;
- 10.10.** Fornecer todos os materiais, equipamentos, ferramentas e utensílios demandados, em quantidade, qualidade e tecnologia adequadas, com a observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação de regência;
- 10.11.** Conduzir os trabalhos com estrita observância às normas da legislação pertinente, cumprindo as determinações dos Poderes Públicos, mantendo sempre limpo o local de execução do objeto e nas melhores condições de segurança, higiene e disciplina;
- 10.12.** Submeter previamente, por escrito, ao Contratante, para análise e aprovação, quaisquer mudanças nos métodos executivos que fujam às especificações do memorial descritivo ou instrumento congênere;
- 10.13.** Cumprir as normas de proteção ao trabalho, inclusive aquelas relativas à segurança e à saúde no trabalho;
- 10.14.** Não submeter os trabalhadores a condições degradantes de trabalho, jornadas exaustivas, servidão por dívida ou trabalhos forçados;
- 10.15.** Não permitir a utilização de qualquer trabalho do menor de dezesesseis anos de idade, exceto na condição de aprendiz para os maiores de quatorze anos de idade, observada a legislação pertinente;
- 10.16.** Não submeter menores de dezoito anos à realização de trabalho noturno, perigoso ou insalubre, bem como a quaisquer atividades vedadas pela legislação vigente sobre trabalho infantil;
- 10.17.** Receber e dar o tratamento adequado a denúncias de discriminação, violência e assédio no ambiente de trabalho;
- 10.18.** Entregar o objeto acompanhado do manual do usuário, com uma versão em português, e da relação da rede de assistência técnica autorizada, quando for o caso;
- 10.19.** Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto, de acordo com o Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078, de 1990);
- 10.20.** Comunicar ao Contratante, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas que antecede a data da entrega, os motivos que impossibilitem o cumprimento do prazo previsto, com a devida comprovação;

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

**10.21.** Orientar e treinar seus empregados sobre os deveres previstos na Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, adotando medidas eficazes para proteção de dados pessoais a que tenha acesso por força da execução deste Contrato.

## **11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – GARANTIA DE EXECUÇÃO**

**11.1.** Não haverá exigência de garantia contratual da execução.

## **12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – INFRAÇÕES E SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

**12.1.** As regras acerca de infrações e sanções administrativas referentes à execução do contrato são aquelas definidas no edital de licitação.

## **13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – EXTINÇÃO CONTRATUAL**

**13.1.** O Contrato poderá ser extinto antes de cumpridas as obrigações nele estipuladas, ou antes do prazo nele fixado, por algum dos motivos previstos no art. 137 da Lei nº 14.133, de 2021, bem como amigavelmente, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

**13.2.** Nesta hipótese, aplicam-se também os arts. 138 e 139 da mesma Lei.

**13.3.** A alteração social ou a modificação da finalidade ou da estrutura da empresa não ensejará a extinção se não restringir sua capacidade de concluir o Contrato.

**13.4.** Se a operação implicar mudança da pessoa jurídica contratada, deverá ser formalizado termo aditivo para alteração subjetiva.

**13.5.** O termo de extinção, sempre que possível, será precedido:

**13.5.1.** Do balanço dos eventos contratuais já cumpridos ou parcialmente cumpridos;

**13.5.2.** Da relação dos pagamentos já efetuados e ainda devidos;

**13.5.3.** Das indenizações e multas.

**13.6.** A extinção do Contrato não configura óbice para o reconhecimento do desequilíbrio econômico-financeiro, hipótese em que será concedida indenização por meio de termo indenizatório.

**13.7.** O Contratante poderá ainda:

**13.7.1.** nos casos de obrigação de pagamento de multa pelo Contratado, reter a garantia prestada a ser executada, conforme legislação que rege a matéria; e

**13.7.2.** nos casos em que houver necessidade de ressarcimento de prejuízos causados à Administração, nos termos do inciso IV do art. 139 da Lei n.º 14.133, de 2021, reter os eventuais créditos existentes em favor do Contratado decorrentes do Contrato.

**13.8.** O Contrato poderá ser extinto caso se constate que o Contratado mantém vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade contratante ou com agente público que tenha desempenhado função na licitação ou na contratação direta, ou atue na fiscalização ou na gestão do Contrato, ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau.

## **14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – ALTERAÇÕES**

**14.1.** Eventuais alterações contratuais reger-se-ão pela disciplina dos arts. 124 e seguintes da Lei nº 14.133, de 2021.

**14.2.** O Contratado é obrigado a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do Contrato.

**14.3.** As supressões resultantes de acordo celebrado entre as partes contratantes poderão exceder o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do Contrato.

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

**14.4.** As alterações contratuais deverão ser promovidas mediante celebração de termo aditivo, submetido à prévia aprovação da consultoria jurídica do Contratante, salvo nos casos de justificada necessidade de antecipação de seus efeitos, hipótese em que a formalização do aditivo deverá ocorrer no prazo máximo de 1 (um) mês.

**14.5.** Registros que não caracterizam alteração do Contrato podem ser realizados por simples apostila, dispensada a celebração de termo aditivo, na forma do art. 136 da Lei nº 14.133, de 2021.

## **15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

**15.1.** As despesas decorrentes da presente contratação correrão à conta de recursos específicos consignados no Orçamento Geral do Município de Novais deste exercício, na dotação abaixo discriminada:

**15.1.1.** Código, função programática, categoria, descrição e ficha.(detalhar cada dotação orçamentária).

## **16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – CASOS OMISSOS**

**16.1.** Os casos omissos serão decididos pelo Contratante, segundo as disposições contidas na Lei nº 14.133, de 01 de abril de 2021, e demais normas federais aplicáveis e, subsidiariamente, segundo as disposições contidas na Lei nº 8.078, de 1990 – Código de Defesa do Consumidor – e normas e princípios gerais dos Contratos.

## **17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – PUBLICAÇÃO**

**17.1.** Incumbirá ao Contratante providenciar a publicação deste instrumento nos termos e condições previstas na Lei nº 14.133, de 01 de abril de 2021.

## **18. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – FORO**

**18.1.** Fica eleito o Foro da Comarca de Tabapuã, Estado de São Paulo, para dirimir os litígios que decorrerem da execução deste Termo de Contrato que não puderem ser compostos pela conciliação, conforme art. 92, §1º, da Lei nº 14.133, de 2021.

Município de Novais/SP, -- de ----- de 20--.

### **MUNICÍPIO DE NOVAIS**

#### **CONTRATANTE**

------(nome) – Prefeito(a) Municipal

------(Razão Social)

#### **CONTRATADA**

------(nome) – -----(função)

Testemunhas:

1ª -----

------(nome)

CPF: ---.---.-----

2ª -----

------(nome)

CPF: ---.---.-----

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

## EXTRATO DE CONTRATO

TERMO DE CONTRATO Nº ---/20--; PROCESSO Nº ---/20--, PREGÃO ELETRÔNICO Nº --/20--;  
RESPALDO LEGAL: Lei Federal nº 14.133, de 01 de abril de 2021; Contratante: MUNICÍPIO DE  
NOVAIS, CNPJ nº 65.711.699/0001-43, Contratada: -----, CNPJ nº --.---.---/  
-----; OBJETO: **Aquisição parcelada de Medicamentos Éticos, Genéricos ou Similares**, cujos  
manuais de boas práticas sejam aprovados pela ANVISA e sua comercialização seja devidamente  
autorizada pelo Ministério da Saúde, destinados à manutenção das atividades da Farmácia  
Municipal de Novais, pelo período de 12(doze) meses, conforme especificações constantes no  
ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA; Vigência: --/--/20—a --/--/20--; Valor Global: R\$ --.---,--;  
Dotação Orçamentária: Conforme segunda do referido Contrato. Data da assinatura: --/--/20—.   
Município de Novais/SP, -- de ----- de 20--. ----- (NOME) – Prefeito Municipal.  
PUBLIQUE-SE.

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

## ANEXO X - 1 - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE NOVAIS

CONTRATADA: -----

CONTRATO Nº (DE ORIGEM): ---/----

OBJETO: **Aquisição parcelada de Medicamentos Éticos, Genéricos ou Similares**, cujos manuais de boas práticas sejam aprovados pela ANVISA e sua comercialização seja devidamente autorizada pelo Ministério da Saúde, destinados à manutenção das atividades da Farmácia Municipal de Novais, pelo período de 12(doze) meses, conforme especificações constantes no ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA.

ADVOGADO (S)/ Nº OAB/email: (\*) -----

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

**1. Estamos CIENTES de que:**

- a) o ajuste acima referido, seus aditamentos, bem como o acompanhamento de sua execução contratual, estarão sujeitos a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado (<https://doe.tce.sp.gov.br/>), em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) as informações pessoais dos responsáveis pelo contratante e interessados estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº 01/2020, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa (s);
- e) é de exclusiva responsabilidade do Contratado manter seus dados sempre atualizados.

**2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:**

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Local e data.

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)





# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

## AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

Nome: .....

Cargo: .....

CPF: ---.---.-----

## RESPONSÁVEIS PELA HOMOLOGAÇÃO DO CERTAME OU RATIFICAÇÃO DA DISPENSA/INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO

Nome: .....

Cargo: .....

CPF: ---.---.-----

Assinatura: .....

## RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE:

### Pelo Contratante:

Nome: .....

Cargo: .....

CPF: ---.---.-----

Assinatura: .....

### Pela Contratada:

Nome: .....

Cargo: .....

CPF: ---.---.-----

Assinatura: .....

## ORDENADOR DE DESPESAS DO CONTRATANTE:

Nome: .....

Cargo: .....

CPF: ---.---.-----

Assinatura: .....

## GESTOR(ES) DO CONTRATO:

Nome: .....

Cargo: .....

CPF: ---.---.-----

Assinatura: .....

## DEMAIS RESPONSÁVEIS (\*):

### Tipo de ato sob sua responsabilidade: Fiscal do Contrato

Nome: .....

Cargo: .....

CPF: ---.---.-----

Assinatura: .....

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)



# **MUNICÍPIO DE NOVAIS**

**Estado de São Paulo**

**CNPJ: 65.711.699/0001-43**

(\*) - O Termo de Ciência e Notificação e/ou Cadastro do(s) Responsável(is) deve identificar as pessoas físicas que tenham concorrido para a prática do ato jurídico, na condição de ordenador da despesa; de partes contratantes; de responsáveis por ações de acompanhamento, monitoramento e avaliação; de responsáveis por processos licitatórios; de responsáveis por prestações de contas; de responsáveis com atribuições previstas em atos legais ou administrativos e de interessados relacionados a processos de competência deste Tribunal. Na hipótese de prestações de contas, caso o signatário do parecer conclusivo seja distinto daqueles já arrolados como subscritores do Termo de Ciência e Notificação, será ele objeto de notificação específica. (inciso acrescido pela Resolução nº 11/2021).

**Fone (17) 3561-8780**

**Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP**

**[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)**



# MUNICÍPIO DE NOVAIS

Estado de São Paulo

CNPJ: 65.711.699/0001-43

## ANEXO X - 2 - DECLARAÇÃO DE DOCUMENTOS À DISPOSIÇÃO DO TCE-SP

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE NOVAIS

CNPJ Nº 65.711.699/0001-43

CONTRATADA: -----

CNPJ Nº --.---.---/-----

CONTRATO Nº ---/20--

DATA DA ASSINATURA: --/--/20--

VIGÊNCIA: --/--/20-- a --/--/20--

OBJETO: **Aquisição parcelada de Medicamentos Éticos, Genéricos ou Similares**, cujos manuais de boas práticas sejam aprovados pela ANVISA e sua comercialização seja devidamente autorizada pelo Ministério da Saúde, destinados à manutenção das atividades da Farmácia Municipal de Novais, pelo período de 12(doze) meses, conforme especificações constantes no ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA.

VALOR R\$ ---.---,-- (-----).

Declaro(amos), na qualidade de responsável(is) pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que os demais documentos originais, atinentes à correspondente licitação, encontram-se no respectivo processo administrativo arquivado na origem à disposição do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e serão remetidos quando requisitados.

Em se tratando de obras/serviços de Engenharia:

Declaro(amos), na qualidade de responsável(is) pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que os demais documentos originais, atinentes à correspondente licitação, em especial, os a seguir relacionados, encontram-se no respectivo processo administrativo arquivado na origem à disposição do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e serão remetidos quando requisitados:

- memorial descritivo dos trabalhos e respectivo cronograma físico-financeiro;
- orçamento detalhado em planilhas que expressem a composição de todos os seus custos unitários;
- previsão de recursos orçamentários que assegurem o pagamento das obrigações decorrentes de obras ou serviços a serem executados no exercício financeiro em curso, de acordo com o respectivo cronograma;
- comprovação no Plano Plurianual de que o produto das obras ou serviços foi contemplado em suas metas;
- as plantas e projetos de engenharia e arquitetura.

Município de Novais/SP, -- de ----- de 20--.

-----**(NOME)**

Prefeito(a) Municipal – e-mail: -----@-----.-.-.-.-

Fone (17) 3561-8780

Rua Antônio Blasques Romeiro, nº 350, Centro, CEP: 15.885-000 – Novais/SP

[www.novais.sp.gov.br](http://www.novais.sp.gov.br) / [Contratos@novais.sp.gov.br](mailto:Contratos@novais.sp.gov.br)