



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIVISÃO DE COMPRAS E LICITAÇÃO DA SAÚDE

DOC.:  
1555 / 2021  
Pag 1 de 2

PEDIDO DE PRÉ-COTAÇÃO  
FAVOR RETORNAR URGENTE

Solicitamos se possível, que a resposta/cotação seja efetuada seguindo o modelo do nosso impresso para facilitar a identificação do item.

Solicitamos ainda, identificar sua empresa através do carimbo, nome e assinatura do vendedor.

RESPOSTA PARA : RENATA MARCONDES DE SOUZA LEITE

ATRAVÉS DO FAX: 12-3212-1210

TELEFONE PARA CONTATO: 32121210

EMAIL: renata.marcondes@sjc.sp.gov.br

DATA: 16/08/2021

REF.: 4319/21

ITEM / SUBITEM	CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QTDE.	VALOR UNIT.	MARCA	MODELO
4.0	126395 4319/21	DOXICICLINA 200 MG - DE USO VETERINARIO - PARA ANIMAIS DE GRANDE PORTE COM DOENCAS HEMOPARASITARIAS PRAZO DE VALIDADE DO MEDICAMENTO NAO DEVE SER INFERIOR A 12 MESES	CP	100			
5.0	126397 4319/21	DOXICICLINA 50 MG - DE USO VETERINARIO. PRAZO DE VALIDADE DO MEDICAMENTO NAO DEVE SER INFERIOR A 12 MESES	CP	300			
6.0	127223 4319/21	DOXICICLINA 100 MG - DE USO VETERINARIO. PRAZO DE VALIDADE DO MEDICAMENTO NAO DEVE SER INFERIOR A 12 MESES	CP	200			
7.0	139255 4319/21	SOLUCAO OTOLOGICA, COMPOSICAO TIABENDAZOL 4,00 G, CLORIDRATO DE LIDOCAINA 1,50 G, NEOMICINA ( SULFATO) 0,32 G, DEXAMETASONA 0,10 G, EXCIPIENTE Q.S.P 100,00 ML PRAZO DE VALIDADE DO MEDICAMENTO NAO DEVE SER INFERIOR A 12 MESES	FR	12			

FAVOR PREENCHER TODOS OS DADOS ABAIXO:

NOME DO VENDEDOR: \_\_\_\_\_ TELEFONE/FAX: \_\_\_\_\_

PRAZO DE ENTREGA: \_\_\_\_\_ VALIDADE DA PROPOSTA: \_\_\_\_\_ GARANTIA: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: \_\_\_\_\_ DATA DA COTAÇÃO: \_\_\_\_\_ TIPO FISCAL (F/J): \_\_\_\_\_

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

INSCRIÇÃO MUNICIPAL: \_\_\_\_\_ INSCRIÇÃO ESTADUAL: \_\_\_\_\_

CNPJ / CPF: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO( RUA / Nº): \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

EMAIL : \_\_\_\_\_

☐ Optante pelo Simples Nacional? Alíquota: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ %

Atividade da Empresa

- ☐ 1 - COMERCIO  
☐ 2 - INDUSTRIA  
☐ 3 - PRESTACAO DE SERVICO  
☐ 4 - COMERCIO / INDUSTRIA / PREST. SERVIC  
☐ 5 - COMERCIO / INDUSTRIA

Tipo de Serviço

(Obrigatório se Atividade for 3, 4, 6 ou 7)

- ☐ 1 - Serviços Gerais  
☐ 2 - Construção Civil  
☐ 3 - Instituições Financeiras



**PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DIVISÃO DE COMPRAS E LICITAÇÃO DA SAÚDE**

**DOC.:**  
**1555 / 2021**

*Pag 2 de 2*

**PEDIDO DE PRÉ-COTAÇÃO**

**FAVOR RETORNAR URGENTE**

Solicitamos se possível, que a resposta/cotação seja efetuada seguindo o modelo do nosso impresso para facilitar a identificação do item.

Solicitamos ainda, identificar sua empresa através do carimbo, nome e assinatura do vendedor.

**RESPOSTA PARA : RENATA MARCONDES DE SOUZA LEITE**

**ATRAVÉS DO FAX: 12-3212-1210**

**TELEFONE PARA CONTATO: 32121210**

**EMAIL: renata.marcondes@sjc.sp.gov.br**

**DATA: 16/08/2021**

**REF.: 4319/21**

- ☐ 6 - COMERCIO / PREST. SERVICO  
☐ 7 - INDUSTRIA / PREST SERVICO

**CARIMBO DA EMPRESA:**

**O MATERIAL DEVE SER POSTO E DESCARREGADO NO ALMOXARIFADO DA PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, COM FRETE PAGO PELA FIRMA VENCEDORA.**

Declaro, nos termos da recomendação contida no PPIC nº 59/07 da 7ª Promotoria de Justiça da Comarca de São José dos Campos e nos termos da Resolução nº 07/05, atualizada pelas Resoluções nº 09/05 e 21/06, todas do Conselho Nacional de Justiça, que:

Esta empresa não possui sócio que seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta ou colateral até o terceiro grau, de quaisquer pessoas ocupantes dos cargos de Prefeito, Vice-Prefeito, Secretários Municipais, Chefe de Gabinete, Vereadores ou de cargos de direção, chefia ou de assessoramento, de igual forma se comprometo a não vir a contratar empregado nas mesmas condições.

*ATENCIOSAMENTE.*