



PREFEITURA DE SANTA LUZIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LAUDO DE AVALIAÇÃO DE CATÁLOGO

DATA: 02/02/2026

A Secretaria Municipal de Saúde vêm manifestar a **avaliação da proposta** dos itens do Pregão N° 029/2025:

ITEM	DESCRIÇÃO	APRESENTAÇÃO	QUANTIDADE	MARCA	LICITANTE	APROVADO/ REPROVADO
04	ÁCIDO FÓLICO 5MG	COMPRIMIDO	180.000	NATULAB	CIRÚRGICA PARANAÍ	APROVADO
07	ÁGUA OXIGENADA 10V – 100ML	FRASCO	800	VIC PHARMA	EFFE HOSPITALAR	APROVADO
09	ALBENDAZOL 400MG	COMPRIMIDO	50.000	PRATI	CIRÚRGICA ASSIS	APROVADO
14	AMINOFILINA SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA	1.200	HIPOLABOR	CIRÚRGICA PARANAÍ	APROVADO
48	CEFALOTINA 1G	FRASCO AMPOLA	4.000	BLAU	PROSPER MEDICAL	APROVADO
49	CIPROFLOXACINO 500MG	COMPRIMIDO	200.000	PRATI	ANJOMEDI	APROVADO
58	CLORIDRATO DE CLONIDINA 150MCG/ML	AMPOLA	400	HALEX ISTAR	OUROMED	APROVADO
59	CLORIDRATO DE LIDOCAINA 1 % SEM VASOCONSTRITOR 20 ML	FRASCO AMPOLA	8.000	HYPOFARMA	OUROMED	APROVADO
60	CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA 2% GELÉIA	BISNAGA	3.000	PHARLAB	GEMELI MEDICAL	APROVADO
68	DEXAMETASONA 1MG/GR	BISNAGA	10.000	PRATI	ANJOMEDI	APROVADO



PREFEITURA DE SANTA LUZIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

69	DEXCLORFENIRAMINA 0,4MG/ML 100ML	FRASCO	40.000	FARMACE	DROGAFONTE	APROVADO
71	DIAZEPAM 5MG/ML	AMPOLA	10.000	HIPOLABOR	OUROMED	APROVADO
76	DIPIRONA 500MG/ML SOL. INJ	AMPOLA	80.000	FARMACE	APOTEK	APROVADO
81	ADRENALINA 1 MG/ML SOL. INJ	AMPOLA	20.000	HIPOLABOR	APOTEK	APROVADO
93	FUROSEMIDA 10MG/ML SOL. INJ	AMPOLA	30.000	SANTISA	APOTEK	APROVADO
94	GENTAMICINA 40MG/ML	AMPOLA	2.000	SANTISA	MEDMAX	APROVADO
103	HALOPERIDOL 5MG/ML SOL. INJ	AMPOLA	5.000	CRISTALIA	APOTEK	APROVADO
107	HIDROCORTISONA 100MG	FRASCO AMPOLA	10.000	BLAU	PROSPER	APROVADO
108	HIDROCORTISONA 500MG	FRASCO AMPOLA	10.000	TEUTO	CIRÚRGICA ASSIS	APROVADO
124	METOCLOPRAMIDA 5MG/ML	AMPOLA	40.000	HALEX ISTAR	ELOS PHARMA	APROVADO
127	METRONIDAZOL 100MG/GR	BISNAGA	6.000	PRATI	ANJOMEDI	APROVADO
145	PARACETAMOL 200MG/ML	FRASCO	50.000	E.M.S	LOGMEDI	APROVADO
147	PERMETRINA 10MG/ML	FRASCO	3.000	NATIVITA	MEDMAX	APROVADO
151	PREDNISONA 5MG	COMPRIMIDO	300.000	HIPOLABOR	APOTEK	APROVADO
154	PROPOFOL 10MG/ML	AMPOLA	5.000	MIDFARMA	ABC FARMACEUTICO	APROVADO
166	SULFADIAZINA DE PRATA 10MG	BISNAGA	6.000	PRATI	APOTEK	APROVADO



PREFEITURA DE SANTA LUZIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

174	TIMOLOL 0,5% SOLUÇÃO OFTÁLMICA	FRASCO	3.000	E.M.S	LOGMEDI	APROVADO
-----	-----------------------------------	--------	-------	-------	---------	----------

Sem mais para o momento.

Neide Aparecida Assumpção

Coordenação Assistência Farmacêutica

Matrícula 38807