



EXÉRCITO BRASILEIRO
CMN – 8ª RM/8ª DE
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE MARABÁ

MODELO DE PROPOSTA

IDENTIFICAÇÃO			
RAZÃO SOCIAL:		CNPJ:	
ENDEREÇO:		UF:	CEP:
TELEFONE:	()		
EMAIL:			

ORD	DESCRIÇÃO	CUSTO UNITÁRIO	QTDE	PREÇO GLOBAL TOTAL
VALOR DA PROPOSTA (por extenso):				R\$

CUSTOS DECORRENTES DA EXECUÇÃO CONTRATUAL (Se for o caso)

QUANTIDADE DE PESSOAL (Se for o caso)	
Função	Quantidade

RELAÇÃO DOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS (Se for o caso)		
Material	Quantidade	Especificação

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Cidade (UF), ____ de _____ de ____.

Assinatura e identificação do representante