



**MARINHA DO BRASIL**

**HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS**

**ANEXO III**

**MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS**

**Pregão Eletrônico (SRP) Nº 76/2023**

**Processo Administrativo Nº 63148.033810/2023-92**

**Empresa:**

**CNPJ nº:**

**Endereço:**

**Telefone:**

**E-mail:**

| ITEM               | ESPECIFICAÇÃO | Nº DE REGISTRO<br>DA ANVISA<br>(se houver) | UF | QUANT. | MARCA/<br>FABRICANTE | V.U Máximo<br>Aceitável | V.T Máximo<br>Aceitável |
|--------------------|---------------|--------------------------------------------|----|--------|----------------------|-------------------------|-------------------------|
| Nº do<br>item      |               |                                            |    |        |                      |                         |                         |
| Nº do<br>item      |               |                                            |    |        |                      |                         |                         |
| Nº do<br>item      |               |                                            |    |        |                      |                         |                         |
| Nº do<br>item      |               |                                            |    |        |                      |                         |                         |
| <b>VALOR TOTAL</b> |               |                                            |    |        | <b>R\$</b>           |                         |                         |

\* Legenda: (excluir após o preenchimento)

**UF:** unidade de fornecimento

**QUANT.:** quantidade

**V.U:** valor unitário

**V.T:** valor total

**VALIDADE DA PROPOSTA: Não inferior a 120 dias.**

Dados para Pagamento:

Banco: Nome

Agência: Código no Brasil

Conta: Número

Local e Data.

---

Nome completo do representante legal

Cargo/Função

CPF