



MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS
ANEXO IV

MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS

PREGÃO ELETRÔNICO (SRP) Nº 90051/2025
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 63148.025909/2025-82

Empresa:
CNPJ nº:
Endereço:
Telefone:
E-mail:

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	Nº DE REGISTRO DA ANVISA (se houver)	UF	QUANT.	MARCA/ FABRICANTE	Valor Unitário	Valor Total
Nº do item							
Nº do item							
Nº do item							
VALOR TOTAL					R\$		

* Legenda: (excluir após o preenchimento)

UF: unidade de fornecimento
QUANT.: quantidade

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