



**MARINHA DO BRASIL**

**HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS**

**ANEXO III**

**MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS**

**Pregão Eletrônico (SRP) Nº 90006/2026**

**Processo Administrativo Nº 63148.038360/2025-96**

**Empresa:**

**CNPJ nº:**

**Endereço:**

**Telefone:**

**E-mail:**

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

\* 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