

PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

ANEXO III - MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS

AO
CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE 8 DE ABRIL
RUA DR. JOSE ALVES, Nº 403 - CENTRO
MOGI MIRIM/SP – CEP: 13.800-050

1. RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA:

2. CNPJ Nº(*):

3. ENDEREÇO:

4. TELEFONE:

E-MAIL:

Tendo examinado minuciosamente as normas, visando a aquisição de eletrodos e baterias para Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) da marca Instramed, destinados à reposição dos insumos utilizados nos equipamentos das unidades de saúde, com a finalidade de garantir o pleno funcionamento dos dispositivos, a segurança dos pacientes e a continuidade da assistência em situações de emergência, atendendo às necessidades da Secretaria Municipal de Saúde de Mogi Mirim, após termos tomado conhecimento de todas as condições estabelecidas, as quais concordamos, passamos a formular a seguinte proposta:

Item	Quant.	Unidade	Descrição	Marca	Valor Unit.	Valor Total
01	10	Unidades	ELETRODO MULTIFUNÇÃO INFANTIL ION/ISIS - INSTRAMED (ORIGINAL)- Eletrodo tipo pá Infantil para Desfibrilador Cardioversor Original do fabricante ou equivalente tecnicamente comprovado, com validade mínima de 24 meses a contar da entrega. Compatível com o equipamento DEA Ion. O produto deverá ser novo, sem uso, acondicionado em embalagem original.		R\$	R\$
02	10	Unidades	ELETRODO MULTIFUNÇÃO ADULTO ION/ISIS - INSTRAMED (ORIGINAL)- Eletrodo tipo pá Adulto para Desfibrilador Cardioversor Original do fabricante ou equivalente tecnicamente comprovado, acondicionado em embalagem individual, com validade mínima de 24 meses a contar da entrega. Compatível com o equipamento DEA Ion. O produto deverá ser novo, sem uso, acondicionado em embalagem original.		R\$	R\$
03	12	Unidades	Bateria interna recarregável de íons de lítio (Li ion), original ou homologada pelo fabricante, compatível com Desfibrilador Externo Automático (DEA) da marca Instramed Ion, destinada à alimentação do equipamento. O produto deverá ser novo, sem uso, acondicionado em embalagem original.		R\$	R\$
VALOR GLOBAL				R\$		

a) Prazo de Validade da Proposta: ____ (____) dias corridos (mínimo de 60 dias).

b) Conta corrente e agência para depósito (Agência: _____, Conta _____).

DECLARO que os preços indicados contemplam todos os custos diretos e indiretos incorridos na data da apresentação desta proposta incluindo, tributos, encargos sociais, entre outros.

....., ... de de 2026.

ASSINATURA DO REPRESENTANTE

Carimbo CNPJ da empresa abaixo

(*) O número do CNPJ deve ser indicado claramente, devendo ser o mesmo constante da documentação do Cadastro e da Nota Fiscal, caso seja vencedora do certame.