PROPOSTA DETALHADA DE PREÇOS		
Proponente:	**CNPJ:**	
Endereço:	**I.E.**	
Cidade:	**UF:**	
Telefone/e-mail :		

Tipo	Seq.	Código/Descrição	Un. Aquis.	Marca	Qtde.	Valor Unit.	Valor Total
Grupo 1	**1**	00022410 - Fisioterapia neurológica e motora específica para AME tipo 1, conforme Termo de Referência.	1 sessão		157		-
Grupo 1	**2**	00022411 - Fisioterapia BOBATH, conforme Termo de Referência.	1 sessão		157		-
Grupo 1	**3**	00022397 - Fisioterapia respiratória especializada em AME e RTA , conforme Termo de Referência.	1 sessão		157		-
Grupo 1	**4**	00022396 - Fonoaudiologia especializada em disfagia e deglutição de síndromes graves, conforme Termo de Referência.	1 sessão		105,00		-
TOTAL GRUPO 1							-

TOTAL DA PROPOSTA		
		-

LOCAL E DATA:

_____

preencher o nome do representante legal da empresa
preencher com o cargo do representante
CNPJ da empresa

HASH: 9905bf1188f373d02e8721dfd2eda1ece15e7292e637e22c8436af33b5e47c77. Juntado em 02/07/2025 13:54:31 por LUCILENE NOGUEIRA.

FLOWBEE

008775-2024-17 - ANEXO I-A - Detalhamento da proposta de preços

Código do documento: RQT9-DGDF-LUDZ-BMR7

Autenticação Eletrônica

Valide em https://compras.campogrande.ms.gov.br/flowbee-pub/#/validar/RQT9-DGDF-LUDZ-BMR7
Ou digite o código: RQT9-DGDF-LUDZ-BMR7
Assinado em conformidade à Medida Provisória nº 2.200-2/2001 e Lei 14.063/2020.

HASH: 9905bf1188f373d02e8721dfd2eda1ece15e7292e637e22c8436af33b5e47c77. Juntado em 02/07/2025 13:54:31 por LUCILENE NOGUEIRA.