



## PREFEITURA DE SÃO JOÃO DEL-REI

0800 678 1000 - gabinete@saojoaodelrei.mg.gov.br  
Rua Ministro Gabriel Passos, nº 199,  
CEP: 36.307-330 - São João del-Rei / MG



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - 0800 678 2000 - gabinete.saude@saojoaodelrei.mg.gov

### ANEXO II - MODELO DE PROPOSTA COMERCIAL

**PROCESSO LICITATÓRIO Nº.**

**PREGÃO ELETRONICO Nº.**

À

Secretaria Municipal de Saúde de São João del Rei/MG

Proponente: \_\_\_\_\_ CNPJn.º: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Conta corrente: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_ Ag.: \_\_\_\_\_

#### **1 - OBJETO:**

**1.1.** É objeto da presente licitação à \_\_\_\_\_ para atender a Secretaria Municipal de Saúde de São Joao Del Rei.

#### **2 - DISCRIMINAÇÃO:**

| Ordem                     | Quant | Un | Especificação | Marca/<br>Modelo | Valor<br>Unit. | TOTAL      |
|---------------------------|-------|----|---------------|------------------|----------------|------------|
| 1                         | 1     | UN |               |                  |                |            |
| <b>Total por extenso:</b> |       |    |               |                  |                | <b>R\$</b> |

Prazo de validade da proposta: 60 (sessenta) dias, no mínimo, a contar da data da sua apresentação.

Declaro que nos preços propostos estão incluídas todas as despesas necessárias ao cumprimento total do objeto da presente licitação, sem qualquer ônus para Administração Municipal, tais como tributos, encargos sociais e trabalhistas, e quaisquer outros ônus que por ventura possam recair sobre o fornecimento do objeto da presente licitação.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2026.

Nome e Ass. do Representante Legal

CNPJ da empresa