

ANEXO III - MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS

Dispensa Eletrônica nº 19/2026 – Medicamento - AMPLA CONCORRÊNCIA

Razão Social: _____

CNPJ: _____

Inscrição Estadual ou Municipal: _____

ITEM	DESCRIÇÃO	QTDE	UNIDADE	MARCA	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	LEVOMEPROMAZINA 25 MG COMP	18.000	CP			
2	PREGABALINA 75 MG CP	90.000	CAP			

OBS: A PREFEITURA NÃO ENVIARÁ RECEITA

Valor Global Total da Proposta:

R\$ _____ (_____)

Prazo de validade da proposta de preços: mínimo de 60 (sessenta) dias contados da data de abertura da sessão pública.

Data e assinatura do responsável.

NOME: _____

RG: _____

CPF: _____

ENDEREÇO ELETRÔNICO: _____

TELEFONE: _____