



**Promedi Distribuidora de Produtos Hospitalares Ltda.**

**Rua:** Avenida Caldas Júnior, 456 - Três Vendas - Erechim/RS

**CEP:** 99.713-190

**Telefone:** (54) 2106-1270/(54) 2106-8340/ (54) 99669-7278

**CNPJ:** 27806274000129 **IE:** 039/0176249 **NIRE:** 4320811825-5 **Inscrição Municipal:** 101394

**Email:** licitacao@promedisaude.com.br - **Email:** comercial@promedisaude.com.br

**Ao Órgão MUNICÍPIO DO RIO GRANDE. Pregão Eletrônico N° 054/2024. Apresentamos nossa proposta de preços.**

| Item                     | Descrição                                                                                                                     | Unidade | Qtd      | R\$ Unitário | Valor Total |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|--------------|-------------|
| <b>Lote: 1</b>           |                                                                                                                               |         |          |              |             |
| 1                        | ESPAÇADOR COM MASCARA ADULTO E INFANTIL PARA MEDICAMENTO EM AEROSSOL<br><b>MARCA:</b> MULTILASER<br><b>MODELO:</b> MULTILASER | UN      | 1.000,00 | 23,59        | 23.590,00   |
| Valor total do grupo:    |                                                                                                                               |         |          |              | 23.590,00   |
| Valor total da proposta: |                                                                                                                               |         |          |              | 23.590,00   |

O valor total dessa proposta é de R\$23.590,00 (vinte e três mil e quinhentos e noventa reais).

## Dados Comerciais:

### Informações Bancárias:

**Banco:** Banco do Brasil

**Conta:** 102130-3

**Agência:** 132-5

**Banco:** Banrisul

**Conta:** 0600201706

**Agência:** 0210

**Validada proposta:** 60 (sessenta) dias.

**Prazo de Entrega:** conforme OF..

**Prazo de Pagamento:** conforme edital.

### Dados do representante que assinará a ATA/Contrato:

**Fabiana Domingues**

**Nacionalidade:** brasileira

**Estado civil:** solteira

**RG:** 7063788629

**CPF:** 959.084.550-91

**Função:** Representante Legal/Sócia

**E-mail:** licitacao@promedisaude.com.br

## Observações:

Na proposta de preço estão incluídos todos os custos operacionais, encargos previdenciários, trabalhistas, tributários, comerciais e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente na execução do objeto.

Declaramos nos termos do Art. 63, 1º da Lei 14.133/21, que, em nossa proposta econômica compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de entrega das propostas.

Declaramos que estamos de pleno acordo com todas as condições estabelecidas no edital e seus anexos, bem como aceitamos todas as obrigações especificadas.

Face ao disposto no Artigo 78, inciso XV da Lei 8.666/93, alterada pela Lei 8.883/94, reserva-se ao direito de suspender o fornecimento do objeto licitado caso haja um atraso superior a 90 (noventa) dias dos pagamentos devidos, até seu restabelecimento

ERECHIM/RS, 21 de Junho de 2024



**Promedi Distribuidora de Produtos Hospitalares Ltda.**

**Rua:** Avenida Caldas Júnior , 456 - Três Vendas - Erechim/RS

**CEP:** 99.713-190

**Telefone:** (54) 2106-1270/(54) 2106-8340/ (54) 99669-7278

**CNPJ:** 27806274000129 **IE:** 039/0176249 **NIRE:** 4320811825-5 **Inscrição Municipal:** 101394

**Email:** licitacao@promedisaude.com.br - **Email:** comercial@promedisaude.com.br

### Representante Legal

FABIANA DOMINGUES

**RG:**7063788629

**CPF:**959.084.550-91

