ANEXO VI

(MODELO - PROPOSTA DE PREÇOS)*(em papel timbrado da Licitante)*

PREGÃO PRESENCIAL Nº 012/2018.

AO
MUNICÍPIO DE DONA FRANCISCA

Proposta que faz a empresa....., inscrita no CNPJ/CGC(MF) nº .....e inscrição estadual nº ..... estabelecida no (a) **.....**, em conformidade com o Edital de **PREGÃO PRESENCIAL Nº 012/2018.**

Portanto, oferecemos a esse Órgão o preço a seguir indicado, para a aquisição do bem descrito no **ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA:**

Obs: O proponente deve, obrigatoriamente, descrever o item efetivamente ofertado, atentando para as exigências mínimas solicitadas.

PREGÃO PRESENCIAL 012/2018

LISTA DE MEDICAMENTOS

Item	Especificação	Quant		Referência	Classificação	Valor Proposto
1	Acido Acetilsalicilico 100 mg CPR- AAS	CP	10000	R$ 0,035	**Similar**	
2	Ácido Fólico 5 mg	CP	1000	R$ 0,069	**Similar**	
3	Ácido Valpróico 250 mg	CP	10000	R$ 0,454	**Similar**	
4	Albendazol 400 mg	CP	1000	R$ 0,885	**Genérico**	
5	Amoxicilina + Clavulanato de potássio 500+125mg	CP	4000	R$ 1,700	**Genérico**	
6	Ambroxol XPE Adulto 30 mg/5 mL	FR	300	R$ 2,781	**Genérico**	
7	Biperideno 2 mg	CP	10000	R$ 0,323	**Similar**	
8	Cinarizina 25 mg	CP	1500	R$ 0,187	**Genérico**	
9	Clonazepam 0,5 mg	CP	10000	R$ 0,132	**Similar**	
10	Cloreto de sodio 0,9 % Sol. Nasal	FR	100	R$ 6,196	**similar**	
11	Clorpromazina 100 mg	CP	7000	R$ 0,314	**Similar**	
12	Clorpromazina 25 mg	CP	4000	R$ 0,343	**Similar**	
13	Colchicina 0,5 mg	CP	2000	R$ 0,414	**Similar**	
14	Diazepam 10 mg	CP	10000	R$ 0,131	**Genérico**	
15	Diazepam 5 mg	CP	5000	R$ 0,108	**Genérico**	
16	Doxazosina, Mesilato 2 mg	CP	2000	R$ 0,303	**Similar**	

17	Escopolamina Composta (Escopolamina + Dipirona)	CP	2000	R$ 0,715	**Similar**	
18	Fenitoina 100 mg	CP	5000	R$ 0,476	**Genérico**	
19	Haloperidol 5 mg	CP	5000	R$ 0,187	**Similar**	
20	Ibuprofeno 300 mg	CP	3000	R$ 0,239	**Similar**	
21	Loratadina 10 mg	CP	1500	R$ 0,088	**Genérico**	
22	Mebendazol suspensao 20 mg/mL	FR	100	R$ 1,698	**Similar**	
23	Nitrofurantoina 100 mg	CP	7000	R$ 0,264	**Similar**	
24	Omeprazol 20 mg	CP	15000	R$ 0,106	**Similar**	
25	Prednisona 20 mg	CP	8000	R$ 0,318	**Genérico**	
26	Prednisona 5 mg	CP	8000	R$ 0,164	**Genérico**	
27	Sais p/ reidratação oral	ENV	100	R$ 0,760	**Similar**	
28	Sulfato ferroso 40 mg	CP	2000	R$ 0,063	**Similar**	
29	Tiamina 300 mg	CP	1000	R$ 0,299	**Genérico**	
30	Fluoxetina 20 mg	CP	20000	R$ 0,076	**Genérico**	
31	Isossorbida 40mg	CP	2000	R$ 0,336	**Genérico**	
32	Atenolol 100mg	CP	1000	R$ 0,088	**Genérico**	
33	Bromoprida 4mg/ml 20ml	GTS	30	R$ 1,812	**Similar**	
34	amoxicilina 500mg	CP	6000	R$ 0,208	**Genérico**	

O valor total para o(s) item(ns) ofertado(s**)** por esta empresa é de: R$..... (.....).

Dados da empresa:

a) Razão Social: _____;

b) CGC (MF) nº: _____;

c) Inscrição Estadual nº: _____;

d) Endereço: _____;

e) Fone: _____Fax (se houver): _____;

f) CEP: _____;

g) Cidade: _____Estado: _____;

h) Banco _____Agência nº:_____Conta nº:_____.

Dados do responsável para assinatura do contrato:

Nome:_____;

RG nº : _____;

CPF nº: _____;

Cargo/Função: _____;

Endereço residencial:_____;

Fone: _____.

Prazo de validade da proposta: _____(não inferior a 60 dias), contado da data da entrega de seu respectivo envelope.

Cidade/UF, _____de _____de _____.

_____

(Assinatura, nome, cargo, RG do representante legal e carimbo da empresa)