

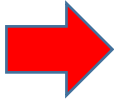


# Prefeitura Municipal SÃO JOÃO DAS DUAS PONTES

CNPJ: 45.116.712/0001-09

ENDEREÇO: RUA IRMÃOS BRANDINI, 503 – CENTRO – SÃO JOÃO DAS DUAS PONTES – Tel: (17) 3481 1538  
CEP: 15640-000 - SITE: [www.saojoaoddpontes.sp.gov.br](http://www.saojoaoddpontes.sp.gov.br)

**PROPOSTA COMERCIAL**  
**INTENÇÃO DE DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 55/2023**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 75/2023**  
FUNDAMENTO LEGAL: ART. Nº 75, INCISO II DA LEI 14.133/2021



**FORNECER PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA**

**01) DADOS DA EMPRESA:**

- RAZÃO SOCIAL: .....
- CNPJ Nº: .....
- I.E. N.º: ..... TELEFONE: .....
- ENDEREÇO: .....
- CIDADE: .....

**02) NOME DO SÓCIO OU PROPRIETÁRIO:**

- Nº DO RG. E CPF: .....
- ENDEREÇO RESIDENCIAL: .....
- CIDADE E ESTADO: .....

**03) PROPOSTA DE PREÇOS PARA FORNECIMENTO DOS ITENS CONFORME DESCRIÇÃO ABAIXO:**

ITEM	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
01	AMOXILINA + CLAVULANATO 400 MG/5ML + 57 MG/5ML	FRA	100	R\$	R\$
02	DEXCLORFENIRAMA + BETAMETASONA XAROPE 0,05 MG/ML + 0,4 MG/ML	FRA	100	R\$	R\$
03	DRAMIM B6 DL SOL INJETÁVEL AMPOLA C 10 ML	AMP	300	R\$	R\$
04	SERTRALINA 50 MG	COMP	10.000	R\$	R\$
05	DOMPERIDONA 10 MG	COMP	6.000	R\$	R\$
06	DEXCLORFENIRAMINA, MALEATO SOL ORAL 2 MG/ML	FRA	50	R\$	R\$
07	AMOXILINA + CLAVULANATO DE POTASSIO 875 MG + 125 MG	COMP	2.000	R\$	R\$
08	PROMETAZINA 25 MG	COMP	2.000	R\$	R\$



# Prefeitura Municipal SÃO JOÃO DAS DUAS PONTES

CNPJ: 45.116.712/0001-09

ENDEREÇO: RUA IRMÃOS BRANDINI, 503 – CENTRO – SÃO JOÃO DAS DUAS PONTES – Tel: (17) 3481 1538

CEP: 15640-000 - SITE: [www.saojoaoddpontes.sp.gov.br](http://www.saojoaoddpontes.sp.gov.br)

.....

09	DIOSMINA + HESPERIDINA 450 MG/50MG	COMP	6.000	R\$	R\$
10	METOPROLOL 50MG	COMP	3.000	R\$	R\$
11	IBUPROFENO 100MG/ML GOTAS	FRA	100	R\$	R\$
12	METILFENIDATO CLORIDRATO 10MG	COMP	2.000	R\$	R\$
13	CANABIDIOL 20MG/ML SOLUÇÃO ORAL	FRA	16	R\$	R\$
14	COLIRIO ANESTÉSIO 10ML	FRA	01	R\$	R\$
15	COMPLEXO B	COMP	6.000	R\$	R\$
16	LEVOFLOXACINO 750MG	COMP	750	R\$	R\$
<b>VALOR TOTAL</b>					<b>R\$</b>

**FORMA DE EXECUÇÃO E PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:**

CONFORME TERMO DE REFERÊNCIA

**CARIMBO CNPJ:**

**04) PRAZO DE VALIDADE DA PROPOSTA: 60 DIAS**

**05) CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: Mensal.**

**06) BANCO: ..... CONTA: ..... AGÊNCIA: .....**

**(NOME DO MUNICÍPIO), XX de agosto de 2023.**

ASS: \_\_\_\_\_