

ESTADO DE CEARÁ

MUNICÍPIO DE SOBRAL

07.598.634/0001-37

RUA VIRIATO DE MEDEIROS, N° 1250, 4° ANDAR, CENTRO.

62.011-065

SOBRAL/CE

**PROPOSTA FINANCEIRA**  
**PREGÃO ELETRÔNICO N° 125/2019 – Processo P085622/2019**

Declaramos que concordamos e nos submetemos a todas as condições do presente processo licitatório.  
Declaramos que os preços propostos compreendem todas as despesas que incidam sobre o objeto licitado.

**PROP.: DIMASTER COM. DE PROD. HOSP. LTDA**

| ITEM  | DESCRIÇÃO   | Validade da Proposta |        | NOME COMERCIAL | PROCEDÊNCIA | PRAZO DE VALIDADE | MARCA    | Pagamento       |                   |
|---|---|----------------------|--------|----------------|-------------|-------------------|----------|-----------------|-------------------|
|   |   | CONFORME EDITAL      |        |                |             |                   |          | CONFORME EDITAL |                   |
|   |   | QUANT                | UND    |                |             |                   |          | PREÇO R\$       |                   |
|   |   |                      |        |                |             |                   |          | UNIT            | TOTAL             |
| 4   | BECLOMETASONA (DIPROPIONATO), FRASCO 200 DOSES + DISPOSITIVO ORAL, 250MCG/DOSE, SPRAY ORAL. | 7.500                | FRASCO | GENÉRICO       | INDIA       | 12 MESES          | GLENMARK | 32,40           | 243.000,00        |
| <b>TOTAL</b>                                |   |                      |        |                |             |                   |          |                 | <b>243.000,00</b> |
| <b>Duzentos e quarenta e três mil reais</b> |   |                      |        |                |             |                   |          |                 |                   |

Validade da Proposta: não inferior à 60 dias, contados a partir da data da sua emissão.  
Validade dos Medicamentos: mínimo 12 meses contados a partir da data de entrega na Central de Abastecimento Farmaceutico.  
Prazo de Entrega: 15 dias a partir do recebimento da nota de empenho.  
Pagamento: 30 dias contados da apresentação da nota fiscal/fatura.

Dados Bancários:  
Banco do Brasil  
Agência: 5122-5  
Conta Corrente: 7468-3

02520829/0001-40

DIMASTER COM. DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA

Rodovia BR 480, nº 180  
CEP 99740-000

BARÃO DE COTEGIPE - RS

DIMASTER LTDA  
Gleison Sachet  
Sócio-Gerente



PROMISSA, REGISTRO E QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DE ACORDO COM O EDITAL.  
02/10/2019.

Barão de Cotegipe, 11/09/2019 às 14:35:37

Barão de Cotegipe, 11/09/2019  
Farmacêutico Generalista.  
CRF/CE 449

Validade dos medicamentos: Conforme especificação do edital.  
Concordamos com todos as cláusulas e condições do edital.