**EDITAL DE PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90.001/2026**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 32.354/2025**

**MODALIDADE:** PREGÃO ELETRÔNICO

**TIPO:** MENOR PREÇO UNITÁRIO

**OBJETO: REGISTRO DE PREÇOS para futura e eventual aquisição de MEDICAMENTOS constantes na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), visando suprir as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, pelo período de 01 (um) ano.**

**ANEXO – III**

**Modelo de proposta DE PREÇO**

**(uso obrigatório por todas as licitantes)**

**(papel timbrado da licitante)**

A empresa ..............................., estabelecida na (endereço completo, telefone e endereço eletrônico, se houver), inscrita no CNPJ sob nº ......................., neste ato representada por ............................., cargo, RG.................., CPF.................., (endereço), vem por meio desta, apresentar Proposta de Preços ao Edital de **Pregão Eletrônico nº 90.001/2026**, em epígrafe, que tem por objeto o **REGISTRO DE PREÇOS para futura e eventual aquisição de MEDICAMENTOS constantes na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), visando suprir as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, pelo período de 01 (um) ano**, conforme segue:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **Nº REGISTRO** | **ESPECIFICAÇÃO** | **UNID.** | **QUANT.** | **MARCA** | **VALOR UNIT.** | **VALOR TOTAL** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** | | | | | | | **R$** |

**Informar Valor total R$...**

**Dados bancários:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Banco:** | **Agência:** | **Conta:** |

A validade desta proposta é de **90 (noventa) dias corridos**, contados da data da abertura da sessão pública de **PREGÃO ELETRÔNICO.**

Declaramos que:

1. Nos valores propostos estarão inclusos todos os custos operacionais, encargos previdenciários, trabalhistas, tributários, comerciais e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente no fornecimento dos bens;
2. Os valores pospostos estão abaixo do dos limites do Preço de Fábrica (PF) ou, em caso de aplicação do Coeficiente de Adequação de Preços – CAP, do Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), definidos pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED/ANVISA;
3. Os valores propostos observaram a desoneração de ICMS, quando estabelecida em convênios firmados no Conselho Nacional de Política Fazendária – CONFAZ, quando aplicável.

**A apresentação da proposta implicará na plena aceitação das condições estabelecidas neste edital e seus anexos.**

.............................................................................., ........, ................................... de 2026.

Local e Data

Assinatura do Responsável pela Empresa

(Nome Legível/Cargo)