

Item	Quantidade	Apr.	Discriminação	Marca/Fabricante	Vlr. Unit.	Total
3	4.450,00	CPR	3166570 - HIDROCLOROTIAZIDA 25MG APRES CX/500 CPR (G) Registro no M.S.: 1438102100053	CIMED (MG)	0,0299	133,06
4	3.800,00	CPR	3167500 - METFORMINA 850 MG APRES CX/500 CPRS (G) Registro no M.S.: 1542302700091	GEOLAB-GO (GO)	0,1241	471,58

**Total Geral: 604,64**

**(SEISCENTOS E QUATRO REAIS E SESENTA E QUATRO CENTAVOS)**

Declaramos que concordamos com todas as normas que regem este edital, impostos e despesas inclusos nos preços.

Material de procedença nacional.

ALÍQUOTA DE ICMS DO ESTADO DE 20.5%

VALIDADE DOS PRODUTOS COTADOS: 24 (vinte e quatro) meses.

DECLARAMOS QUE A EMPRESA NÃO COMERCIALIZA MEDICAMENTOS FRACIONÁVEIS.

Declaramos que os preços dos medicamentos constantes nesta proposta são inferiores aos respectivos valores aplicáveis na tabela CMED.

Temos ciência de que, da comercialização de medicamentos acima dos valores da tabela CMED, decorrem aplicações de penalidades previstas na Lei nº 10.742/2003 e na Lei nº 8.078/1990, denunciando-se o fato à CMED, ao Ministério Público Federal e ao Ministério Público Estadual para providências cabíveis.

Temos ciência de que, nas aquisições de medicamentos, o medicamento genérico, quando houver, terá preferência sobre os demais em condições de igualdade de preço, nos termos do Art. 3º, § 2º, da Lei nº 9.787/1999.

Validade da Proposta ..: 120 DIAS  
 Prazo de Entrega .....: 10 DIAS  
 Condições de Pagamento : 30 DIAS