

**DROGAFONTE LTDA****Rua:** Rodovia Br-101, Norte S/Nº - KM 56.6 - Jardim Paulista, Paulista - PE **CEP:** 53409-260**Telefone:** (81)2102-1819**CNPJ:** 08.778.201/0001-26**Email:** pregaoeletronico@drogafonte.com.br **Site:** https://www.drogafonte.com.br

**Ao Órgão 984223 - PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO BELO-MG. Pregão Eletrônico Nº 90003/2025. Apresentamos nossa proposta de preços.**

| Item                            | Descrição                                                       | Unidade          | Qtd      | R\$ Unitário | Valor Total |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------|----------|--------------|-------------|
| 29                              | CIPROFLOXACINO 2MG/ML SOL. INJ. - CX. BOL. C/100ML (G) - 292418 | FRASCO 100,00 ML | 2.970,00 | 6,70         | 19.899,00   |
| REGISTRO NO M.S.: 1031101200124 |                                                                 |                  |          |              |             |
| MARCA: HALEX ISTAR (GO)         |                                                                 |                  |          |              |             |
| MODELO/VERSÃO: BOL              |                                                                 |                  |          |              |             |
| Valor total da proposta:        |                                                                 |                  |          |              | 19.899,00   |

O valor total dessa proposta é de R\$19.899,00 (dezenove mil e oitocentos e noventa e nove reais).

**Dados Comerciais:****Inscrição Estadual:** 0096822-60**Banco:** 001 - Banco do Brasil**Conta:** 13.705-7**Agência:** 3433-9 - Empresarial Recife**BANCO DO BRADESCO**

AG. 1058-8

C/C 6204-9

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL PARA ASSINATURA DE CONTRATO****NOME:** MARIA EMÍLIA DE SOUZA FERRAZ **RG:** 6.353.262 - **SDS/PE** **CPF:** 056.537.014-67**ENDEREÇO:** Av Barão de Bonito, 408, Várzea, Recife - PE.**ESTADO CIVIL:** Solteira **QUALIFICAÇÃO:** Advogada**E-mail para Contrato:** pregaoeletronico@drogafonte.com.br / contrato@drogafonte.com.br**E-mail para Pedidos:** pedidos@drogafonte.com.br**Validade da Proposta ...:** 60 DIAS**Prazo de Entrega .....:** 15 DIAS**Condições de Pagamento :** 30 DIAS**Observações:**

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.

Recife, 25 de Fevereiro de 2025

**Representante Legal**

EUGENIO JOSÉ GUSMÃO DA FONTE FILHO

**RG:**1.622.040 SDS/PE**CPF:**293.247.854-00

