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 - 16439 - HOSPITAL MUNICIPAL DR TABAJARA RAMOS. Pregão Eletrônico N° 010/2025. Abertura: 09/06/2025 - ID - 9212 . Apresentamos nossa proposta de preços.

Item	Descrição	Unidade	Qtd	R$ Unitário	Valor Total
Lote: 9					
1	01.00006.000037 - BICARBONATO DE SODIO 8,4% APRES CX/35 FR 250ML REGISTRO NO M.S.: 1038700560087 **MARCA:** HYPOFARMA-M(MG) **MODELO:** FR	FR	2.000,00	17,4100	34.820,0000
				Valor total do grupo:	34.820,0000
				Valor total da proposta:	34.820,0000

O valor total dessa proposta é de R$34.820,0000 (trinta e quatro mil e oitocentos e vinte reais).

Dados Comerciais:

Inscrição Estadual: 0096822-60

Banco: 001 - Banco do Brasil
Conta: 13.705-7
Agencia: 3433-9 - Empresarial Recife

BANCO DO BRADESCO
AG. 1058-8
C/C 6204-9

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL PARA ASSINATURA DE CONTRATO
NOME: ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO RG: **8020400106 MT/PE - SDS/PE** CPF: **097.367.714-74**
ENDEREÇO: Av Barão de Bonito, 408, Várzea, Recife - PE.
ESTADO CIVIL: **Solteira** QUALIFICAÇÃO: **Gerente**

E-mail para Contrato: **contrato@drogafonte.com.br /pregaoeletronico@drogafonte.com.br**
E-mail para Pedidos: **pedidos@drogafonte.com.br**

Validade da Proposta ..: 60 DIAS
Prazo de Entrega .....: 07 DIAS
Condicoes de Pagamento : 30 DIAS

Observações:

Declaramos que concordamos com todas as normas que regem este edital, impostos e despesas inclusos nos preços.
Material de procedência nacional.
ALIQUOTA 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 o prazo de validade de nossa proposta é de 90 (noventa) dias, a partir da data de abertura do pregão.
DECLARAMOS que estamos de acordo com os termos do Edital, e acatamos suas determinações, bem como, informamos que nos preços propostos estão inclusos todos os custos diretos
e indiretos, lucros e demais contribuições pertinentes de nossa esponsabilidade, sem qualquer exceção, constituindo-se osreferidos preços unitários na única contraprestação do
HOSPITAL MUNICIPAL DR. TABAJARA RAMOS pelos efetivos fornecimentos, sob nossa conta e risco.

Recife, 10 de Junho de 2025

Representante Legal

EUGENIO JOSÉ GUSMÃO DA FONTE FILHO

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

DADOS DE ASSINATURA

O documento acima foi assinado digitalmente e está em conformidade com a Resolução CG ICP-Brasil n° 182, de 18 de fevereiro de 2021.
Para verificar a assinatura, visite o site https://verificador.iti.gov.br e selecione este arquivo.

O(s) certificado(s) utilizado(s) para assinatura em 10/06/2025 09:38:51 é(são):

Nome: **EUGENIO JOSE GUSMAO DA FONTE FILHO**
CPF: 293.247.854-00
Data: 10/06/2025 09:38:51