**PROPOSTA DE PREÇO**

**Razão Social do Proponente:**

**CNPJ:**

**Inscrição Estadual:**

**Endereço:**

**Cidade:**

**Estado:**

**CEP:**

**Fone/Fax:**

**Contato:**

**E-mail:**

1. **– OBJETO**
   1. – *“Aquisição de medicamento de alto custo (Stelara 45mg/0,5ml) para atender a paciente do SUS Djanira Rodrigues Braga”*.
2. **– DOS LOCAIS E VALOR**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **DESCRIÇÃO** | **UNIDADE** | **QUANT.** | **VALOR UNITÁRIO** | **VALOR TOTAL** |
| 01 | STELARA 45MG/0,5ML COM 1 SERINGA PREENCHIDA | Unid | 04 |  |  |

**Banco: Conta: Agência:**

Cidade/Estado, de \_\_\_\_\_ de 2024.

Nome completo, CPF e assinatura do representante legal da empresa