



**MUNICÍPIO DE AÇAILÂNDIA (MA)**  
**PODER EXECUTIVO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ANEXO II**

**MODELO DE PROPOSTA COMERCIAL**  
**DISPENSA DE VALOR Nº XXX/2022**  
**COM BASE NO ART. Nº 75, INCISO II da Lei 14.133/2021**

Ilustríssimo Senhor Secretário Municipal de Saúde

Prefeitura Municipal de Açailândia

Açailândia-MA

Prezado senhor,

Pelo presente, submetemos à vossa apreciação a nossa proposta relativa a dispensa em epígrafe, assumindo inteira responsabilidade por quaisquer erros ou omissões que venham a ser verificados na preparação da mesma e declaramos ainda que, temos pleno conhecimento das condições em que se desenvolverão os trabalhos e concordamos com a totalidade das instruções e critérios de qualificação definidos no aviso.

| ITEM | DESCRIÇÃO   | UNIDADE | QUANT. | Valor Unitário<br>(R\$) | Valor Total<br>(R\$) |
|------|---|---------|--------|-------------------------|----------------------|
| 1    | Filme radiológico dry 873 (8 x 10) 20x25 para raio X para impressora da marca Kônica Minolta. Caixa com 125 unidades. Considere-se especificação de marca devido a necessidade de aquisição de filmes radiológico específicos da marca Konica Minolta, pois são os únicos compatíveis om a impressora disponível no Hospital Municipal de Açailândia, que é da mesma marca. | UNIDADE | 38     |                         |                      |



MUNICÍPIO DE AÇAILÂNDIA (MA)  
PODER EXECUTIVO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

|                    |  |         |    |  |  |
|--------------------|--|---------|----|--|--|
| 2                  | Filmê radiológico DRY 873 (10 x 12) 25x30 para raio X para impressora de marca Kônica Minolta. Caixa com 125 unidades. Considere-se especificação de marca devido a necessidade de aquisição de filmes radiológico específicos da marca Konica Minolta, pois são os únicos compatíveis om a impressora disponível no Hospital Municipal de Açailândia, que é da mesma marca. | UNIDADE | 38 |  |  |
| <b>Valor Total</b> |  |         |    |  |  |

Valor global: R\$ XXXXXXXXX (.....).

**Dados Bancários:**

**Banco:**

**Agencia:**

**Conta:**

**Dados do Representante:**

**NOME:**

**CPF:**

**RG:**

Declaramos que os preços unitários e total dos itens foram cotados em moeda nacional (Real – R \$), já incluídos todos os tributos (impostos e taxas), encargos fiscais, trabalhistas, comerciais e quaisquer outras despesas incidentes sobre o objeto da licitação.

Açailândia-MA, XXXX de ..... de 2022.

Assinatura do responsável

\_\_\_\_\_  
CPF:

Obs.: Identificação, assinatura do representante legal e carimbo do CNPJ, se houver.

*Secretaria Municipal de Saúde*  
Rua Anita Garibaldi, nº 567 -Centro, Cep 65.930-000, Açailândia, Maranhão, Brasil  
CNPJ nº 11.816.419/0001-32 Home page: www.acailandia.ma.gov.br  
Página 2/2