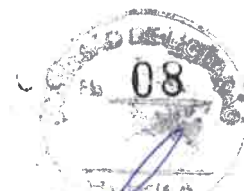


FREEMED
DISTRIBUIDORA

CNPJ: 36.442.253/0001-62
INSC. EST.: 15.682.780-8
FONE: (91) 3255-4484
vendasfreemed@gmail.com



A
PREFEITURA MUNICIPAL DE GARRAFÃO DO NORTE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO - CPL
REFERENTE: Aquisição de teste covid-19.

FORNECEDOR:
RAZÃO SOCIAL: A. UNIDOS DISTRIBUIDORA EIRELI
CNPJ: 36.442.253/0001-62
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 15.682.780-8
ENDEREÇO: RUA JOSÉ MARCELINO DE OLIVEIRA, Nº 58
BAIRRO: CENTRO ANANINDEUA - PARÁ

PROPOSTA DE PREÇOS

ITEM	PRODUTO	APRES	QUANT	FABRICANTE	V. UNTÁRIO	V. TOTAL
1	TESTE ANTI COVID -19 IGG/IGM.	CX	40	MEDLEVENSOHN	R\$ 2.345,00	R\$ 93.800,00
TOTAL						R\$ 93.800,00

noventa e três mil e oitocentos reais

Valor Total: noventa e três mil e oitocentos reais.

Validade da proposta: 60 dias.

Prazo de entrega: Até 10 após confirmação da nota de empenho.

Pagamento através de depósito em conta.

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 3860-1

CONTA CORRENTE: 26.893-3

Ananindeua-PA, 24 de Agosto de 2020.

ARTHUR MAGALHÃES

ARTHUR DIEGO SILVA MAGALHÃES
CPF: 018.935.082-26 / RG: 5552062
A. UNIDOS DISTRIBUIDORA EIRELI
CNPJ: 36.442.253/0001-62





CNPJ N.º 21.581.445/0001-82
IE: 15.471.597-2 / IM.: 68108
(91) 3346-0446(91) 99299-1310
comercial@altamedltda.com.br



À
A PREFEITURA DE GARRAÇÃO DO NORTE - PA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO - CPL

DADOS DA EMPRESA:

Razão Social: ALTAMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA

Nome Fantasia: Altamed

Endereço: Estrada do Curuçambá, nº 50, bairro Curuçambá, cidade de Ananindeua, estado do Pará, CEP: 67.146.263

No. do CNPJ 21.581.445/0001-82, Inscrição Estadual: 154715922, Inscrição Municipal: 681080

E-mail: altamed@altamedltda.com.br; Tel: (91)3246-0446

Dados Bancários da Licitante:

Banco Do Brasil / Agência: 3860-1 / C/C 41006-3 / Altamed D M Ltda-ME

PROPOSTA DE PREÇOS

ITEM	PRODUTO	APRES	QUANT	FABRIC.	V. UNTÁRIO	V. TOTAL
1	TESTE ANTI COVID -19 IGG/IGM.	CX	40	MEDLENSOHN	R\$ 2.450,00	R\$ 98.000,00
VALOR TOTAL						R\$ 98.000,00

DATA: 24/08/2020

VALIDADE DA PROPOSTA: 30 DIAS

LOCAL DE ENTREGA: CONFORME ORDEM DE COMPRA

FORMA DE PAGAMENTO: DEPOSITO EM CONTA


ALTAMED. DIST. DE MEDICAMENTOS LTDA
CNPJ: 21.581.445/0001 - 82
Silva Dias Ladeira Junior
CPF: 001.069.532 - 06
Sócio Administrador

21.581.445/0001-82
ALTAMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA
Est. Curuçambá, 50
Curuçambá - CEP: 67.146-263
Ananindeua - Pa

SILVAIR DIAS LADEIRA JUNIOR

Socio - Administrador

CPF Nº001.069.532-06

Rg 8362637 PC-PA

Altamed Distribuidora de Medicamentos Ltda

CNPJ: 21.581.448/0001-82



CNPJ. 30.571.825/0001-27
IE: 15.605.012-9 / IM: 691420
(11)97438-1806
maisbrasilmedi@gmail.com



PROPOSTA COMERCIAL

À
PREFEITURA MUNICIPAL DE GARRAFÃO DO NORTE
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO - CPL

Dados Bancários da Licitante:

Banco: BANCO SANTANDER / Agência: 4463 / Conta: 13.002223-2

ITEM	DESCRIÇÃO	FABRICANTE	UND	QUANT	V. UNITÁRIO	V. TOTAL
1	Teste Anti Covid-19 IGG/IGM	MEDLEVENSOHN	CX	40	R\$ 2.519,00	R\$ 100.760,00
						R\$ 100.760,00

- a) o prazo de validade desta proposta é de : 30 dias;
- b) as condições de pagamento são: 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ;
- c) todos os componentes de despesas de qualquer natureza, custos diretos e indiretos relacionados com salários, encargos trabalhistas, previdenciários e sociais, e todos os demais impostos, taxas e outras despesas decorrentes de exigência legal ou das condições de gestão do contrato a ser assinado, encontram-se inclusos nos preços ofertados;
- d) o prazo de entrega / execução do objeto licitado é de: 30 dias.

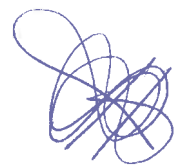
OBS: todos os produtos cotados são de procedencia Nacional

• Declaramos que o prazo de garantia dos serviços, será cumprido conforme o edital.

Ananindeua-PA, 25 de Agosto de 2020



PEDRO DIAS LADEIRA NETO
RG: 7801668 PC/PA
CPF: 670.367.323-34
PDL NETO COMERCIO ATACADISTA DE MEDICAMENTOS EIRELI
CNPJ: 30.571.825/0001-27
CNPJ: 21.581.445/0001-82





ESTADO DO PARÁ GOVERNO MUNICIPAL DE
GARRAFÃO DO NORTE SETOR DE COMPRAS



OBJETO: AQUISIÇÃO DE TESTES RÁPIDOS PARA O DIAGNÓSTICO DO COVID-19, ATENDENDO ASSIM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA DE SAÚDE.

MAPA COMPARATIVO DE PREÇOS

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANT	EMPRESA 1		EMPRESA 2		EMPRESA 3		TOTAL
				VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	
1	ANTI-COVID-19 IGG/IGM	CAIXA	40	R\$ 2.345,00	R\$ 93.800,00	R\$ 2.450,00	R\$ 98.000,00	R\$ 2.519,00	R\$ 100.760,00	R\$ 97.520,00
					R\$ 93.800,00		R\$ 98.000,00		R\$ 100.760,00	R\$ 97.520,00

[Handwritten signature]
RESPONSÁVEL

GARRAFÃO DO NORTE - PA 25 DE AGOSTO DE 2020

