



**NOVA
FRIBURGO**
P R E F E I T U R A



S E C R E T A R I A D E
S A Ú D E

DISPENSA ELETRÔNICA Nº 6/2026

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 36.219/2025

MODALIDADE: DISPENSA ELETRÔNICA

TIPO: MENOR PREÇO GLOBAL

OBJETO: AQUISIÇÃO DE LIVROS DE REGISTRO PARA ATENDER AS NECESSIDADES DO HEMOCENTRO REGIONAL DE NOVA FRIBURGO, POR UM PERÍODO DE 03 (TRÊS) ANOS.

MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS

(papel timbrado da licitante)

A empresa, estabelecida na (endereço completo, telefone e endereço eletrônico, se houver), inscrita no CNPJ sob nº, neste ato representada por, cargo, RG....., CPF....., (endereço), vem por meio desta, apresentar Proposta de Preços a **Dispensa Eletrônica nº 6/2026**, em epígrafe, que tem por objeto a **AQUISIÇÃO DE LIVROS DE REGISTRO PARA ATENDER AS NECESSIDADES DO HEMOCENTRO REGIONAL DE NOVA FRIBURGO, POR UM PERÍODO DE 03 (TRÊS) ANOS**, conforme segue:

ITEM	CATMAT/ CATSER	ESPECIFICAÇÃO	UNID	QNT	MARCA	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
1		Livro para Registro e Utilização de Sangue e Componentes, oficial, contendo 200 (duzentas) páginas numeradas, capa dura na cor preta, medindo aproximadamente 285 x 280 mm (fechado) e 570 x 280 mm (aberto), folha branca, papel offset 63 g, páginas costuradas e coladas lateralmente, impressão frente e verso.	UN.	8			
2		Livro para Registro de Entrada de Sangue, oficial, contendo 200 (duzentas) páginas numeradas, capa dura na cor preta, medindo aproximadamente 305 x 210 mm (fechado) e 610 x 210 mm aberto, folha branca, papel offset 63 g, páginas costuradas e coladas lateralmente, impressão frente e verso, formato paisagem.	UN.	8			
TOTAL							R\$

Informar Valor total R\$...

Dados bancários:

Banco:	Agência:	Conta:
---------------	-----------------	---------------

A validade desta proposta é de **60 (sessenta) dias corridos**, contados da data da abertura da sessão pública de **DISPENSA ELETRÔNICA**.

A apresentação da proposta implicará na plena aceitação das condições estabelecidas neste aviso de contratação direta e seus anexos.



**NOVA
FRIBURGO**
P R E F E I T U R A



S E C R E T A R I A D E
S A Ú D E

..... de
Local e Data

Assinatura do Responsável pela Empresa
(Nome Legível/Cargo)