

**NOME DO PROPONENTE:**  
**CNPJ/CPF DO PROPONENTE:**

Município de Abelardo Luz  
83.009.886/0001-61

ITEM	DETALHAMENTO DO BEM OU SERVIÇO	NOME/RAZÃO SOCIAL DO FORNECEDOR	CPF/CNPJ DO FORNECEDOR	TELEFONE DE CONTATO DO FORNECEDOR	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DATA DA PESQUISA	FORMA DE PESQUISA <sup>(1)</sup>
<b>ORÇAMENTO 1</b>									
1	Ambulância tipo B	De Marco LTDA	84.584.556/0011-34	4933821208	1,00	384.900,00	384.900,00	14/07/2023	3
2									
3									
4									
5									
<b>ORÇAMENTO 2</b>									
1	Ambulância tipo B	BOTTA COMERCIO DE VEICULO LTDA	76.343.151/0001-04	49)3441-8900	1,00	380.000,00	380.000,00	17/07/2023	3
2									
3									
4									
5									
<b>ORÇAMENTO 3</b>									
1	Ambulância tipo B	SAVANA COMÉRCIO DE VEÍCULOS LTDA	24.706.364/0001-50	[41] 3405-2500	1,00	410.000,00	410.000,00	20/07/2023	3
2									
3									
4									
5									

<sup>1</sup> Formas de Pesquisa: 1 -Telefone, 2 - Internet<sup>1</sup>, 3 - Orçamento por Fax, 4 - Orçamento por e-mail, 5 - Outros

<sup>2</sup> Em caso de pesquisa pela Internet informar o *site* consultado na coluna "SITE"

**SITE <sup>(2)</sup>**


