|  |
| --- |
| **PROPOSTA DE PREÇO** |
| **PROCESSO ADMINISTRATIVO LICITATÓRIO Nº 4/2018** | **PREGÃO PRESENCIAL Nº 2/2018 - FMS** |
| **OBJETO:** | CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONSULTAS MÉDICAS E SERVIÇOS MÉDICOS PARA ATENDIMENTO AO ESF – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, VISANDO O ATENDIMENTO AS DEMANDAS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE |
| **RAZÃO SOCIAL:** |  | Carimbo do CNPJ |
| **ENDEREÇO:** |  |
| **CNPJ:** |  |
| **TELEFONE:** |  |
| **E-MAIL:** |  |
| **ITENS E PREÇOS** |
| **ITEM** | **QTD.** | **UN.** | **ESPECIFICAÇÃO DO ITEM** | **PREÇO UNITÁRIO (R$)** | **PREÇO TOTAL (R$)** |
| 1 | 800 | un. | Consulta médica especializada em Pediatria |  |  |
| 2 | 480 | un. | Consulta médica especializada em Psiquiatria |  |  |
| 3 | 800 | un. | Consulta médica especializada em Ginecologia/Obstetrícia |  |  |
| 4 | 800 | un. | Consulta médica em Clínica Geral |  |  |
| 5 | 1.280 | Hora-Técnica | Serviços médicos para o ESF - Estratégia Saúde da Família, de acordo com as normas e diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB |  |  |
| **PREÇO TOTAL DA PROPOSTA:** |  |
| **PREÇO TOTAL POR EXTENSO**: |  |
| 1 - Esta proposta de preço obedece a todos os requisitos exigidos no Edital de Pregão nº 2/2018 – FMS – Registro de Preços;2 - Os itens cotados obedecem a todas as exigências contidas no termo de referência do presente edital;3 - Manteremos nossa proposta por um prazo mínimo de validade de 60 (sessenta) dias; |
| DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO |
| 1. Banco: | 2. Nº da Agência: | 3. Nº da Conta Corrente: |
| LOCAL E DATA: |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura Representante Legal da EmpresaNome: R.G: C.P.F.:  |