|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 Empresa  Nome:  R.G:  C.P.F.: | | | | | | | | | | |