|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROPOSTA DE PREÇO** | | | | | | | | | | |
| **PROCESSO ADMINISTRATIVO LICITATÓRIO Nº 4/2023** | | | | | | | **EDITAL DE PREGÃO PRESENCIAL Nº 1/2023/FMS** | | | |
| **OBJETO:** | | | CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS VISANDO ATENDER AS NECESSIDADES E DEMANDAS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MORRO GRANDE | | | | | | | |
| **RAZÃO SOCIAL:** | | |  | | | | | | | |
| **ENDEREÇO:** | | |  | | | | | | | |
| **CNPJ:** | | |  | | | | | | | |
| **TELEFONE:** | | |  | | | | | | | |
| **E-MAIL:** | | |  | | | | | | | |
| **ITENS E PREÇOS** | | | | | | | | | | |
| **ITEM** | **QTD.** | **UN.** | | | **ESPECIFICAÇÃO DO ITEM** | | | | **PREÇO UNITÁRIO (R$)** | **PREÇO TOTAL (R$)** |
| 1 | 5.280 | un. | | | CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM CLÍNICA GERAL | | | |  |  |
| 2 | 1.920 | un. | | | CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM PEDIATRIA | | | |  |  |
| 3 | 960 | un. | | | CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM PSIQUIATRIA | | | |  |  |
| 4 | 1.920 | un. | | | CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA | | | |  |  |
| 5 | 240 | un. | | | CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA | | | |  |  |
| 6 | 2.400 | Hora-Técnica | | | SERVIÇOS MÉDICOS PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), DE ACORDO COM AS NORMAS E DIRETRIZES ESTABELECIDAS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA - PNAB | | | |  |  |
| 7 | 96 | Hora-Técnica | | | SERVIÇOS MÉDICOS JUNTO AO SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO - SISREG | | | |  |  |
| **PREÇO TOTAL DA PROPOSTA:** | | | | | | | | | |  |
| 1. Esta proposta de preço obedece a todas as condições e exigências estabelecidas no Edital de Pregão Presencial nº 1/2023/FMS e seus anexos. 2. O item cotado acima obedece a todas as condições, exigências e especificações contidas neste 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 Licitante  Nome:  Cargo/Função:  C.P.F.: | | | | | | | | | | |