**ANEXO III**

**MODELO DE PROPOSTA**

**INSTRUÇÕES:**

* **Entregar a proposta em papel timbrado da empresa.**
* **AS EMPRESAS PARTICIPANTES PODEM OPTAR POR ENTREGAR SUAS PROPOSTAS EM MODELO/FORMATAÇÃO PRÓPRIA, NO ENTANTO, DEVEM TOMAR O CUIDADO DE FAZER CONSTAR TODAS AS INFORMAÇÕES CONSTANTES DESTE MODELO SOB PENA DE DESCLASSIFICAÇÃO.**

**1. DADOS DO PROPONENTE:**

|  |
| --- |
| **Nome da empresa:** |
| **CNPJ:** |
| **Endereço:** |
| **Telefone:** |
| **E-mail:** |
| **Nome do responsável legal pela assinatura da Ata de Registro de Preços:** |

1. **PROPOSTA DE PREÇO:**

*(preencher esta etapa conforme lote(s) que deseja ofertar)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE 01**  **EXAMES LABORATORIAIS** | | | | |
| **Item** | **Descrição do Exame** | **Quantidade Estimada** | **Valor Unitário)** | **Valor Total** |
| 01 | Hemograma | 1.100 exames | R$ | R$ |
| 02 | Plaquetas | 1.100 exames | R$ | R$ |
| 03 | TGO | 1.100 exames | R$ | R$ |
| 04 | TGP | 1.100 exames | R$ | R$ |
| 05 | GGT | 250 exames | R$ | R$ |
| 06 | Anti-HBS | 800 exames | R$ | R$ |
| 07 | Anti-HBC Total | 100 exames | R$ | R$ |
| 08 | Anti-HBC IgM | 100 exames | R$ | R$ |
| 09 | Anti-HCV | 100 exames | R$ | R$ |
| 10 | HBS Ag | 100 exames | R$ | R$ |
| 11 | VDRL | 100 exames | R$ | R$ |
| 12 | T3 | 50 exames | R$ | R$ |
| 13 | E.Q.U | 100 exames | R$ | R$ |
| 14 | Acetilcolinesterase eritrocitária | 400 exames | R$ | R$ |
| 15 | Uréia | 50 exames | R$ | R$ |
| 16 | Creatinina | 1.100 exames | R$ | R$ |
| 17 | Glicemia | 100 exames | R$ | R$ |
| 18 | Bilirrubinas | 100 exames | R$ | R$ |
| 19 | Sorologia para HIV 1 e 2 | 100 exames | R$ | R$ |
| 20 | Ácido Úrico | 100 exames | R$ | R$ |
| 21 | Hemoglobina Glicosilada | 100 exames | R$ | R$ |
| 22 | TSH | 50 exames | R$ | R$ |
| 23 | T4 Livre | 50 exames | R$ | R$ |
| **VALOR TOTAL PARA O LOTE 01** | | | | **R$** |

Valor total por extenso para o lote 01:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE 02**  **EXAMES DE IMAGEM** | | | | |
| **Item** | **Descrição do Exame** | **Quantidade Estimada** | **Valor Unitário** | **Valor Total** |
| 01 | Raio-X do Tórax | 150 exames | R$ | R$ |
| 02 | Ecografia Abdominal | 50 exames | R$ | R$ |
| 03 | Ecocardiograma | 10 exames | R$ | R$ |
| **VALOR TOTAL PARA O LOTE 02** | | | | **R$** |

Valor total por extenso para o lote 02:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE 03**  **EXAMES CLÍNICOS** | | | | |
| **Item** | **Descrição do Exame** | **Quantidade Estimada** | **Valor Unitário** | **Valor Total** |
| 01 | Audiometria | 250 exames | R$ | R$ |
| 02 | Espirometria | 150 exames | R$ | R$ |
| 03 | Eletrocardiograma | 150 exames | R$ | R$ |
| 04 | Acuidade Visual | 10 exames | R$ | R$ |
| 05 | Exame Clínico Admissional | 150 exames | R$ | R$ |
| 06 | Exame Clínico Demissional | 150 exames | R$ | R$ |
| 07 | Exame Clínico de retorno ao trabalho | 150 exames | R$ | R$ |
| 08 | Avaliação Psicossocial | 150 avaliações | R$ | R$ |
| **VALOR TOTAL PARA O LOTE 03** | | | | **R$** |

Valor total por extenso para o lote 03:

**3. PRAZO DE VALIDADE DA PROPOSTA:**

**3.1.** O prazo de validade desta proposta é de 60 (sessenta) dias.

**4. CONDIÇÕES GERAIS:**

**4.1.** Conforme Termo de Referência – Anexo I do Edital.

**5. DECLARAÇÕES:**

**5.1.** Declaramos que, nos valores propostos, estão inclusas todas as despesas, diretas e indiretas, inclusive seguros de transporte, tributos e encargos de qualquer natureza e quaisquer outras despesas necessárias ao fornecimento/execução integral do objeto deste Edital;

**5.2.** Declaramos para os efeitos legais que atendemos a todas as especificações constantes no Edital de Pregão Eletrônico da FMSC nº 01/2023 e seus anexos, bem como aderimos a todas as disposições estabelecidas em lei e no certame licitatório, motivo pelo qual apresentamos a presente proposta.

xxxxxxxxxx, xx de xxxxxxx de 2023.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

Cargo e nome do responsável legal

**ANEXO IV**

**INSTRUÇÕES:**

* **Entregar a declaração em papel timbrado da empresa.**

*(TIMBRE DA EMPRESA)*

**DECLARAÇÃO CONJUNTA**

**À**

**Fundação Municipal de Saúde de Canoas**

**CNPJ: 14.885.499/0001-76**

A empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **DECLARA:**

1. que não está temporariamente suspensa de participar em licitação e impedida de contratar com a Administração do Município de Canoas, não foi declarada inidônea para licitar ou contratar com a Administração Pública, em suas esferas Municipal, Estadual ou Federal;

1. que todo e qualquer fato que importe em modificação da situação ora declarada será imediatamente comunicado, por escrito, a Diretoria Administrativa da Fundação Municipal de Saúde de Canoas;
2. a inexistência de servidor/empregado da Fundação Municipal de Saúde de Canoas em seu quadro funcional, seja na qualidade de titular, sócio ou mantenedor de qualquer vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira ou trabalhista para sua habilitação no processo licitatório acima descrito, estando ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;
3. para fins do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da CF e V do art. 27 da Lei Federal nº 8.666/93, que não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso e insalubre e não emprega menor de 16 anos, ressalvado, quando for o caso, o menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do modelo anexo ao Decreto Federal nº 4.358, de 05 de setembro de 2002, que regulamenta a Lei Federal n° 9.584/1999

**Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ( )**.

[CIDADE], [DATA]

Assinatura do representante legal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e cargo do representante legal