



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Distrito Sanitário Especial Indígena - Médio Rio Purus
Serviço de Contratação de Recursos Logísticos

MODELO DE COTAÇÃO DE PREÇOS

* MINUTA DE DOCUMENTO

1. **DADOS**

Nome da Empresa:
Endereço da Empresa c/ CEP:
Telefone da Empresa:
E-mail da Empresa:
CNPJ da Empresa:
Ao Distrito Sanitário Especial Indígena - Médio Rio Purus

2. **OBJETO DA LICITAÇÃO**

2.1. Nosso interesse em participar desta licitação refere-se à prestação a **Contratação de empresa especializada em fretamento de aeronaves, asas rotativas, para atender o DSEI Médio Rio Purus.**

3. **PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

3.1. Inserimos abaixo a planilha com os detalhes dos preços e condições de pagamento:

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	CATSER	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE ESTIMADA ANUAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR ESTIMADO TOTAL
1	AERONAVE ASAS ROTATIVA - HELICÓPTERO Capacidade de 1 piloto + 05 passageiros, que possa realizar operações diurnas e noturnas. Autonomia mínima de 03 horas; Velocidade média de 200km/h Alcance de 600km; Motorização mínima de 650SHP; Capacidade de carga paga de, no mínimo, 400kg. Homologado na categoria TPX e para transporte de passageiros e cargas. Homologações para voos sob terreno desabitado ou grandes extensões de selva.	14680	Horas Voo	554	R\$ XXXX	R\$ XXXX
VALOR TOTAL						

3.2. Exemplo de Modelo de Planilha de Detalhamento de Custos por Horas Voo (modelo a ser utilizado para cada tipo de aeronave):

PLANILHA DE DETALHAMENTO DE CUSTOS POR HORAS VOO	
CUSTOS DIRETOS	VALOR
Combustível	R\$ XXXXX,XX
Seguros	R\$ XXXXX,XX
Pilotos	R\$ XXXXX,XX
Manutenção da Aeronave	R\$ XXXXX,XX
OBS: PODERÃO SER INCLUSOS OUTROS CUSTOS CASO SEJAM NECESSÁRIOS	
CUSTOS INDIRETOS	VALOR
Administração	R\$ XXXXX,XX
OBS: PODERÃO SER INCLUSOS OUTROS CUSTOS CASO SEJAM NECESSÁRIOS	R\$ XXXXX,XX
IMPOSTOS	VALOR
PIS	R\$ XXXXX,XX
COFINS	R\$ XXXXX,XX
OBS: PODERÃO SER INCLUSOS OUTROS CUSTOS CASO SEJAM NECESSÁRIOS	R\$ XXXXX,XX
VALOR DA HORA VOADA	R\$ XXXXXX,XX

3.3. Prazo de Execução e Condições de Pagamento conforme estabelecido no instrumento convocatório.

4. **VALIDADE DA PROPOSTA**

4.1. Esta proposta é válida por [XXXXXX] a partir da data de sua apresentação. (NÃO PODERÁ SER INFERIOR A 60 DIAS)

5. **CONTATO E ESCLARECIMENTOS**

5.1. Para eventuais esclarecimentos ou negociações, estamos à disposição nos seguintes contatos:

5.1.1. Responsável pela Proposta:

5.1.2. Telefone para Contato:

5.1.3. E-mail para Contato:

5.1.4. Outros meios de comunicação, se aplicável:

5.1.5. Data: ____/____/2026

5.1.6. **No preço a ser cotado deverá estar incluso todas as despesas que influenciam nos custos, tais como: Impostos, fretes, taxas e quaisquer outros que incidam ou venham incidir sobre o objeto.**

5.1.7. **Informamos que, para a elaboração da cotação, o fornecedor deverá observar rigorosamente todas as especificações, condições e exigências constantes no Termo de Referência (em anexo), uma vez que este documento norteia a descrição do objeto, os critérios de avaliação, as condições de fornecimento e demais requisitos necessários para a contratação.**

Atenciosamente,

[Assinatura do Responsável Legal da Empresa]

[Nome do Responsável Legal]

[Cargo do Responsável Legal]

[Nome da sua Empresa]



Documento assinado eletronicamente por **Pedro Ricardo da Costa, Chefe de Seção de Apoio Administrativo e Patrimonial**, em 15/05/2026, às 09:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **João Batista Silva de Sá, Chefe da Casa de Apoio à Saúde Indígena**, em 15/05/2026, às 10:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0055367773** e o código CRC **ECBC74E7**.

Referência: Processo nº 25038.000432/2026-61

SEI nº 0055367773

Serviço de Contratação de Recursos Logísticos - SELOG/MRP
Travessa Padre Monteiro, nº 165 - Bairro Centro, Lábrea/AM, CEP 69830-000
Site - www.saude.gov.br

MINUTA