ANEXO II - MODELO PROPOSTA DE PREÇOS

PROPOSTA DE PREÇO

Dados da Empresa:

Razão Social:		
CNPJ:		
Endereço:		
CEP:	**CIDADE:**	**UF:**
Telefone:	**E-mail:**	
Representante Legal:		
Nome:		
Carteira de identidade n°		**Órgão emissor/UF:**
Dados Bancários:		
Número/Nome do Banco:		
Tipo de Conta:		**CNPJ número:**
Número da gência:		**Número da Conta:**

Ao CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO CEARÁ

Apresentamos proposta de preço para Contratação de serviços continuados de apoio administrativo, com dedicação exclusiva de mão de obra, para atender às necessidades do Conselho Regional de Farmácia do Ceará (CRF-CE), em sua sede, localizada em Fortaleza/CE - Ceará de acordo com as especificações técnicas, as condições e exigências constantes do Edital do Pregão Eletrônico nº ___/2026 e itens abaixo:

LOTE ÚNICO

ITEM	DESCRIÇÃO	CBO	UNIDADE	QUANT	VALOR UNITÁRIO MENSAL	VALOR TOTAL ANUAL
1	Serviço continuado de Apoio Admisnitrativo	4110-05	Posto de trabalho	6 DIURNO de 40horas/semanais	R$	R$
TOTAL						**R$**

VALORGLOBALPOR EXTENSO:_____

VALIDADE DA PROPOSTA: mínimo 60 (sessenta) dias, a contar da data de entrega definitiva da

Conselho Regional de Farmácia do Ceará
Rua Marcondes Pereira, 1160 - Dionísio Torres CEP. 60.135-122 - Fortaleza-CE
www.crfce.org.br - E-mail: crfce@crfce.org.br - Telefone: (85) 3099-8814

proposta nos termos do edital.

Declaramos que nos preços apresentados já incluídos todos os custos, diretos ou indiretos inerentes ao objeto, como salários, tributos, encargos sociais, fretes, material, dentre outros, nos termos do edital.

Declara, que a prestação dos serviços ofertados, está de acordo com as especificações técnicas do TERMO DE REFERENCIA, ANEXO I do Edital – Processo Adm. nº 04/2026.

(Local e data)

(Assinatura do Representante Legal)
Nome:
RG:
[PAPEL TIMBRADO DO LICITANTE] [CARIMBO CNPJ PADRÃO]

Conselho Regional de Farmácia do Ceará
Rua Marcondes Pereira, 1160 - Dionísio Torres CEP. 60.135-122 - Fortaleza-CE
www.crfce.org.br - E-mail: crfce@crfce.org.br - Telefone: (85) 3099-8814