

PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

ANEXO III - MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS

AO
CONSORCIO INTEMUNICIPAL DE SAUDE 8 DE ABRIL
RUA DR. JOSE ALVES, Nº 403 - CENTRO
MOGI MIRIM/SP – CEP 13800-050.

1. RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA:

2. CNPJ Nº(*):

3. ENDEREÇO:

4. TELEFONE: FAX: E-MAIL:

Prezados Senhores,

Tendo examinado minuciosamente as normas, para prestação de serviços de calibração dos equipamentos médicos (desfibrilador externo automático/dea) que compõe o serviço de atenção primária em saúde e centro de especialidades médicas de Mogi Mirim, conforme as especificações técnicas exigida, após termos tomado conhecimento de todas as condições estabelecidas, as quais concordamos, passamos a formular a seguinte proposta:

Item	Descrição	Und.	Qtd.	Vlr. Unit.	Vlr. Total
01	Desfibrilador automático DEA O serviço prestado deverá contemplar: Emissão de certificados de calibração, com padrões rastreáveis à RBC/INMETRO atendendo aos requisitos da norma ABNT NBR 17025:2017. Manutenção corretiva e preventiva. Emissão de certificados de Testes de segurança elétrica com padrões rastreáveis à RBC/INMETRO atendendo aos requisitos das normas NBR IEC 60601-1 e 62353. Fica estabelecido o horário de atendimento para a execução dos serviços contratados dias úteis de Segunda à Sexta das 9:00 às 16:00 horas. A visita técnica deverá ser avisada com antecedência mínima de 01 dia para que as equipes sejam informadas e a manutenção se organize para acompanhamento dos serviços. Equipamentos com necessidade de conserto e reparos deverá ser informado pela contratada para que seja providenciado um novo orçamento de serviço.	Serviço	15	R\$	R\$

<p>Verificação de baterias e eletrodos (pas adesivas). Os equipamentos não poderão ser retirados dos locais sem a prévia autorização da Secretaria de Saúde. Caso o equipamento sofra intervenção corretiva que interfira na calibração, o equipamento poderá ser encaminhado à contratada após autorização da Secretaria de Saúde e solicitado a emissão de um novo certificado, sem custos dentro de um prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da calibração do equipamento. A aceitação definitiva dos serviços está condicionada à entrega dos certificados de calibração e à aprovação dos equipamentos nos testes funcionais.</p>				
VALOR GLOBAL				R\$

a) Prazo de Validade da Proposta: ____ (_____) dias corridos (mínimo de 60 dias).

b) Conta corrente e agência para depósito (Agência: _____, Conta _____).

DECLARO que os preços indicados contemplam todos os custos diretos e indiretos incorridos na data da apresentação desta proposta incluindo, tributos, encargos sociais, entre outros.

....., de de 2026.

ASSINATURA DO REPRESENTANTE

Carimbo CNPJ da empresa abaixo

(*) O número do CNPJ deve ser indicado claramente, devendo ser o mesmo constante da documentação do Cadastro e da Nota Fiscal, caso seja vencedora do certame.