

**PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA**

**ANEXO IV - MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS**

AO  
CONSORCIO INTEMUNICIPAL DE SAUDE 8 DE ABRIL  
RUA DR. JOSE ALVES, N.403 - CENTRO  
MOGI MIRIM/SP. – CEP 13800-050.

- 1. RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA:**
- 2. CNPJ Nº(\*):**
- 3. ENDEREÇO:**
- 4. TELEFONE: FAX: E-MAIL:**

Tendo examinado minuciosamente as normas, visando a contratação de empresa especializada na prestação de serviços continuados de assessoria híbridas voltadas à análise, treinamento, suporte na informatização dos dados de gestão da saúde pública e execução, por meio de visitas técnicas presenciais nas Unidades de Saúde do Município de Conchal e atendimentos remotos, com ênfase na utilização das ferramentas e sistemas disponibilizados pelo Ministério da Saúde, pelo período de 12 (doze) meses, após termos tomado conhecimento de todas as condições estabelecidas, as quais concordamos, passamos a formular a seguinte proposta:

Item	Descrição	Unid.	Qtde	Valor mensal	Valor anual
01	Prestação de serviços continuados de assessoria híbrida, treinamento, suporte técnico e acompanhamento da informatização da gestão da saúde pública municipal, com atendimentos remotos e visitas técnicas presenciais.	Serviço	12 meses	R\$	R\$

a) Prazo de Validade da Proposta: \_\_\_ (\_\_\_\_\_) dias corridos (mínimo de 15 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.

C) Projeto/Desenho executivo.

....., ..... 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**