



FUNDAÇÃO
UNIVERSIDADE
FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
Avenida Senador Filinto Muller, nº 355 - Bairro Vila Ipiranga
Campo Grande-MS, CEP 79080-190
- <http://humap-ufms.ebserh.gov.br>

Edital - SEI

Processo nº 23538.000863/2024-08

Interessado: @interessados_virgula_espaco@

Ao Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian-HUMAP/UFMS

Ref. ao PE: 90.062/2024

A empresa (razão social da licitante) inscrita no CNPJ nºxx.xxx.xxx/xxxx-xx, com sede na (endereço completo), por intermédio de seu representante legal, o(a) (nome do representante legal), infra-assinado, para os fins do **Pregão 90.062/2024**, apresenta a seguinte proposta de preço:

PROCESSO ADM. Nº 23538.000863/2024-08 - PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90.XXX/2024					
Item	Descrição	Medida	Qtde	Valor Unitário	Valor Total
1	Contratação de empresa especializada para serviço de locação de Central de Ar Comprimido Medicinal* (Usina Geradora) , com vazão mínima de 100m³/h, conforme RDC 50/2002, incluindo instalação, manutenção preventiva e corretiva com reposição de peças e eventual troca de equipamentos. Condições adicionais: As manutenções preventiva e corretiva, o fornecimento de cilindros de ar comprimido e acessórios de backup (assim como as recargas), além do custo da energia elétrica e da instalação de gerador de energia elétrica, serão de	MÊS	12		

responsabilidade da contratada, devendo estar contido no orçamento.				
---	--	--	--	--

- Validade da proposta: **não será inferior a 90 (noventa) dias**, a contar da data de sua apresentação.
- Prazo de entrega: Conforme Termo de Referência;
- Especificar detalhadamente cada item licitado: indicar, no que for aplicável, **prazo de validade** ou de **garantia**, **marca**, **fabricante**, **embalagem**, **procedência** (para os importados indicar o país de origem), **número de registro no ministério da saúde**, e outros elementos;
- **Telefone:** (xx) xxxx-xxxx;
- **Em-mail:** (fundamental para o envio da Nota de Empenho);
- **Banco:** (xxxxx);
- **Agência:** (xxxxx);
- **Nº da Conta Corrente:** (xxxxx);
- Informar o nome do responsável pela assinatura da ARP, RG e CPF: _____

Ciente e de Acordo com os termos estabelecidos no Edital e seus anexos

_____, ____ de _____ de 2024

Assinatura de representante legal



Documento assinado eletronicamente por **Maycon Calvis Dos Santos, Assistente Administrativo**, em 31/07/2024, às 14:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **41108876** e o código CRC **08139852**.