HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CATALÃO
Av Doutor Lamartine Pinto de Avelar, S/N - Bairro Setor Universitário
Catalão-GO, CEP 75.704-020

Anexo - SEI

Processo nº **23884.003863/2026-83**

MODELO DE PROPOSTA

(Atenção! Este anexo é apenas um modelo. O documento oficial deverá ser feito em papel timbrado da empresa)

Ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Catalão - HU-UFCAT,

O prazo de validade de nossa proposta é de **90 (noventa) dias corridos**.

Declaramos que os preços cotados contemplam todas as despesas, custos e encargos necessários à plena execução dos serviços contratados, incluindo, direta ou indiretamente, despesas administrativas, suporte técnico, tributos, impostos, taxas, seguros, encargos trabalhistas, previdenciários e fiscais, bem como quaisquer outros custos incidentes sobre a prestação dos serviços.

Declaramos, ainda, que os valores apresentados foram formulados sem a incidência de acréscimos decorrentes de expectativa inflacionária e já consideram eventuais descontos concedidos.

Estão igualmente incluídos no preço ofertado todos os recursos materiais e humanos indispensáveis à execução do objeto, tais como estações de trabalho, monitores de diagnóstico, conexão à internet, certificados digitais e demais profissionais necessários à adequada prestação dos serviços, não cabendo ao **HU-UFCAT** qualquer custo adicional além dos valores constantes da proposta.

Dados da Empresa	
Nome da Empresa	
CNPJ	
Endereço	
Responsável pela Proposta	
Telefone/Celular	
E-mail	
Banco	
Agência	
Conta Corrente	

Dados do Representante Legal	
Nome Completo	
CPF	
RG	
Endereço	
Cargo/Função	
E-mail	
Telefone	

GRUPO	ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	QTD ANUAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
	1	Radiografia (Raio X)	Laudo	12.000	R$	R$

1	2	Densitometria Óssea	Laudo	3.456	R$	R$
	3	Mamografia	Laudo	2.688	R$	R$
	4	Ressonância Magnética	Laudo	1.680	R$	R$
	5	Tomografia Computadorizada	Laudo	3.744	R$	R$
VALOR TOTAL GERAL DA PROPOSTA						R$

GRUPO	ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	QTD ANUAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
	6	Realização de Exames USG com laudo	Plantão	288	R$	R$
VALOR TOTAL GERAL DA PROPOSTA						R$

Em ___ de _____ de 2026.

_____
(Assinatura do Representante da Empresa)
Nome, cargo ou carimbo

Documento assinado eletronicamente por **Kim de Souza Fortunato**, **Chefe de Setor**, em 18/11/2026, às 16:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **Jessica da Silva Serra Freitas**, **Chefe de Unidade**, em 19/11/2026, às 09:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **Lidiane de Lira Santos Maia**, **Enfermeiro(a)**, em 19/11/2026, às 11:40, 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 **67330702** e o código CRC **6BD9B723**.

Referência: Processo nº 23884.003863/2026-83 SEI nº 67330702