



**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES**  
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

Av. Roraima, n° 1000, Prédio 22 – Bairro Camobi  
CEP 97105-900 – Santa Maria – RS

**ENCARTE H – MODELO DE PROPOSTA**

IDENTIFICAÇÃO				
RAZÃO SOCIAL:				
CNPJ:				
ENDEREÇO:			UF:	CEP:
TELEFONE/FAX:				
E-MAIL:				
BANCO:		AGÊNCIA:		CONTA CORRENTE:
ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	PREÇO GLOBAL
CUSTOS DECORRENTES DA EXECUÇÃO CONTRATUAL				
TÉCNICA ADOTADA				
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES				
Validade da proposta: (no mínimo 90 dias)				

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_ horas e \_\_\_\_ minutos

\_\_\_\_\_

[Nome do Representante Legal – Cargo – RG – CPF] Assinatura e Carimbo do Representante Legal