



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA REGIONAL DA REPÚBLICA DA 3ª REGIÃO

Anexo IV - Modelo de Proposta Comercial

Ref.: Dispensa eletrônica nº 014/2026

À Procuradoria Regional da República da 3ª Região

DADOS DA EMPRESA

Nome da Empresa:

CNPJ:

Inscrição Estadual/Municipal ou do Distrito Federal:

Endereço:

Contato:

Telefone:

E-mail:

DADOS BANCÁRIOS

Nome do Banco: **N.º do Banco:** **Nome da Agência:**

N.º da Agência: **Conta-Corrente:**

Declaramos que examinamos, conhecemos e nos submetemos a todas as condições contidas no Edital desta Dispensa eletrônica, bem como verificamos todas as especificações nele contidas, não havendo quaisquer discrepâncias entre quaisquer informações e/ou documentos que dele fazem parte, e estamos cientes de todas as condições que possam de qualquer forma influir nos custos, assim como de qualquer despesa relativa à realização integral de seu objeto, assumindo total responsabilidade pelas informações, erros ou omissões existentes nesta proposta.

Declaramos, ainda, que estão incluídos nos valores propostos todos os custos, diretos e indiretos, necessários à execução do objeto, tais como impostos, emolumentos, taxas, fretes, seguros, deslocamentos de pessoal, uniformes e quaisquer outras despesas decorrentes de exigência legal, bem como a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de entrega das propostas.

Objeto: Contratação de serviço especializado de análise e elaboração de laudo do teste de controle de qualidade de aparelho de raio-X, localizado no Consultório Odontológico desta Procuradoria Regional da República da 3ª Região, conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas no Aviso de Contratação Direta e seus anexos.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA REGIONAL DA REPÚBLICA DA 3ª REGIÃO

Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Laudo do teste de controle de qualidade - teste de constância	1		

Ciente de que a contratada deverá agendar a prestação do serviço com pelo menos 24 (vinte e quatro) horas de antecedência juntamente ao Consultório Odontológico através dos telefones (11) 2192-3342 / 2192-8700 ou *e-mails* lucianamartins@mpf.mp.br / shirleneholanda@mpf.mp.br (vide item 5.1.3 do Anexo I – Termo de Referência).

Prazo de entrega: _____ (dias) corridos do recebimento (não superior a 30 (trinta) dias corridos após o recebimento da Nota de Empenho).

Prazo de validade da proposta: _____ dias contados da data estipulada para a entrega (mínimo de 60 dias).

[Carimbo Padronizado do CNPJ]

São Paulo, _____, _____ de 2026.

Assinatura:

NOME:

CARGO:

RG:

CPF: