|  |
| --- |
| **ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA PROPOSTA** |
| **Obs. 1: Para o preenchimento da proposta é imprescindível que o fornecedor faça a leitura atenta do Termo de Referência.**  **Obs. 2:** A Proposta deverá se referir exclusivamente aos custos de bata cinza (unidade móvel, administrativo e demais custos de atividade meio), EXCLUINDO os custos com bata branca (exames, consulta, insumos e equipe médica).  **Obs. 3:** Os custos com exames e procedimentos médicos serão remunerados de acordo com a tabela de valor por procedimento, conforme consta no Termo de Referência em anexo.  **Obs. 4:** O fornecedor deve indicar qual região tem interesse em prestar o serviço;  **Obs. 5:** Deverá ser informado qual o combo de procedimentos que o fornecedor tem interesse, conforme descrito no Termo de Referência. |

**(TIMBRE DA EMPRESA)**

**MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS**

**(BATA CINZA)**

A Empresa XXXXXXXXXX com sede na cidade de XXXXXX (endereço), inscrita no CNPJ/MF sob o n.º XX, neste ato representada por XXXXXXXXXXXX, (e-mail e telefone de contato), interessada na prestação do objeto do presente ato, **PROPÕE** à AGÊNCIA BRASILEIRA DE APOIO À GESTÃO DO SUS - AgSUS a prestação do serviço objeto desta pesquisa, nas seguintes condições:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LOCAÇÃO DE UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE** | | | |
| Contratação de serviços móveis de atenção especializada em saúde, no âmbito do Programa Agora Tem Especialistas, do Ministério da Saúde, em todas as regiões do país, voltados à **Tipologia 3** – OFTALMOLOGIA E CIRURGIAS OFTALMOLÓGICAS.   * Qual(is) Região(ões) pretende atender: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Quantas Unidades Móveis Pretende ofertar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Qual combo de procedimento pretende ofertar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | **TIPOLOGIA 3** |
| **OFTALMOLOGIA E CIRURGIAS OFTALMOLÓGICAS.** |
| **CUSTEIO OPERACIONAL** | | | |
| **RECURSOS HUMANOS (EQUIPE MÍNIMA) - Segunda a Sábado, das 08h às 20:00h**  **(O fornecedor deverá especificar minimamente a equipe)** | | **Unidade**  **(Mão-de-Obra)** | **Custo Mensal** |
| **EQUIPE** | 1. |  | R$ |
| 2. |  | R$ |
| 3. |  | R$ |
| 4. |  | R$ |
| 5. |  | R$ |
| **DESPESAS OPERACIONAIS E SERVIÇOS DE TERCEIROS (exemplicativo)** | | | **Custo Mensal** |
| 2.1. - Despesas operacionais diversas e serviços de terceiros, hospedagem e alimentação, energia, abastecimento de água, telefonia, internet c/ wifi, softwares, sistemas, mensageria, serviços de chaveiro, material de expediente, exames ocupacionais e demais custos (discriminar). | | | R$ |
| 2.2. - Despesas financeiras/tributárias | | | R$ |
| 2.3. – Manutenção corretiva, preventiva dos equipamentos e conservação de patrimônio | | | R$ |
| 2.4. - Serviço de limpeza, conservação e coleta de resíduos | | | R$ |
| 2.5. - Serviço de segurança patrimonial | | | R$ |
| 2.6. - Serviços administrativos de apoio (assessoria em RH, financeira, contábil, etc.) | | | R$ |
| 2.7. - Serviços gráficos (envelopes c/ a logomarca do programa, receituários), comunicação e publicações | | | R$ |
| 2.8. - Fornecimento de *kit lanche individual* para cada paciente em situações de permanência prolongada durante os atendimentos. 01 suco natural da fruta; 01 opção de fruta da região de fácil manipulação, 01 pão francês ou de forma (recheios não perecíveis) 01 opção de alimento embalado como biscoito/bolacha). | | | R$ |
| 2.9 – Outras despesas operacionais | | | R$ |
| **2.10. - Do Veículo:** | | | |
| Carreta (Semirreboque) e Equipamentos | | | R$ |
| Transporte (combustível, motorista e demais despesas (discriminar) | | | R$ |
| Combustível | | | R$ |
| Manutenção | | | R$ |
| **VALOR TOTAL MENSAL** | | | R$ |
| **TRANSPORTE E ESTRUTURA C/ EQUIPAMENTOS** | | | |
| **Descreva aqui a sua unidade móvel (veículo, equipamentos, etc.)**  **Dados da Carreta:**  **- Veículo (descrever), Ano, Equipamentos (descrever), Mobiliário (descrever), Seguros (descrever)** | | | |

**OBSERVAÇÕES:**

1. **DECLARAMOS QUE:** A validade da proposta é de **60 (sessenta) dias** contados a partir da data da efetiva abertura das propostas.
2. **DECLARAMOS QUE:** Nos valores constantes desta proposta estão compreendidos lucro, encargos sociais, taxas e seguros, fretes e quaisquer despesas de responsabilidade do proponente, que direta ou indiretamente, decorram da execução do objeto licitado, na forma prevista no Edital e seus anexos., não cabendo a proponente qualquer reclamação posterior.
3. **DECLARAMOS QUE**: Sob nenhuma hipótese serão feitas quaisquer cobranças adicionais ou sob quaisquer outras denominações.
4. **DECLARAMOS QUE:** Os sócios da proponente ou o profissional autônomo, se for o caso, não são cônjuges/companheiros ou possuem grau de parentesco de 1º, 2º ou 3º graus com colaboradores da AgSUS.

Local, data.

**Nome/Assinatura do Representante Legal da Empresa**

**Cargo/CPF**