| **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:**  O fornecedor deve indicar qual região tem interesse em prestar o serviço;  **Obs.3:** O fornecedor deve indicar quantas unidades móveis pretende ofertar. |

**(TIMBRE DA EMPRESA)**

**MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS**

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 pessoas jurídicas, com ou sem fins lucrativos, para prestação de serviços assistenciais de saúde por meio de Unidades Móveis de Atenção Primária à Saúde (APS), voltadas à atenção à saúde das populações que vivem, trabalham e circulam pelas rodovias brasileiras, com destaque para a categoria profissional dos(as) caminhoneiros(as), devidamente equipadas e compostas com equipes assistenciais e de apoio.   * Quantas Unidades Móveis Pretende ofertar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|
| **CUSTEIO OPERACIONAL** | | |
| **RECURSOS HUMANOS (EQUIPE MÍNIMA) - Segunda a Sexta, 30 horas semanais - 6 horas por dia.**  **(O fornecedor deverá especificar minimamente a equipe)** | | **Unidade**  **(Mão-de-Obra)** |
| **EQUIPE** | 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| **DESPESAS OPERACIONAIS E SERVIÇOS DE TERCEIROS (exemplicativo)** | | |
| 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). | | |
| 2.2. - Despesas financeiras/tributárias | | |
| 2.3. - Manutenção corretiva, preventiva dos equipamentos e conservação de patrimônio | | |
| 2.4. - Serviço de limpeza, higienização, conservação e coleta de resíduos | | |
| 2.5. - Serviço de segurança patrimonial | | |
| 2.6. - Serviços de apoio administrativo | | |
| 2.7. - Serviços gráficos (envelopes c/ a logomarca do programa, receituários), comunicação e publicações | | |
| 2.8. - Outras despesas operacionais | | |
| **2.9. - Da Unidade Móvel (Unidade Itinerante ou Unidade Semi-Fixa):** | | |
| Unidade móvel que atenda à relação de ambientes mínimos e obrigatórios (Quadro 02 do Termo de Referência). | | |
| Transporte (combustível, motorista e demais despesas (discriminar) | | |
| Combustível | | |
| Manutenção | | |
| **VALOR TOTAL MENSAL** | | |
| **TRANSPORTE E ESTRUTURA C/ EQUIPAMENTOS** | | |
| **Descreva aqui a sua unidade móvel**  **Dados da Unidade Móvel:**  **- 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**