

ANEXO I

Modelo de Autorização de Fornecimento

COTAÇÃO DE PREÇO Nº 385/2026

Processo nº AGSUS.007292/2026-59

| IDENTIFICAÇÃO DO PEDIDO | |
|----------------------------------|------------------|
| N.º Autorização de Fornecimento: | Data da Emissão: |
| Unidade Responsável: | Nome do Fiscal: |
| Contrato: | |
| IDENTIFICAÇÃO DA CONTRATADA | |
| RAZÃO SOCIAL: | CNPJ: |
| Endereço: | Telefone: |
| E-mail: | |

1. DO FORNECIMENTO

1.1. Autorizamos V.Sa. a fornecer os serviços abaixo, observadas as especificações e demais condições constantes no Contrato acima referenciado.

| ITEM | DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO | QTD PESSOAS | VALOR UNITÁRIO (R\$) | VALOR TOTAL (R\$) |
|---|-------------------------|----------------|-------------------------|----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| Valor Total da Autorização de Fornecimento | | | | |
| Endereço da realização do serviço: SEP/N Qd. 514 - Bloco D - Lote 9 - Brasília - CEP: 70760-544. | | | | |

1.2. A entrega dos itens solicitados deverá ser realizada no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, contados do recebimento da OF/NE pela CONTRATADA.

2. DA EXECUÇÃO DO SERVIÇO E DAS OBRIGAÇÕES

2.1. Para o fornecimento do serviço solicitado, deverão ser observadas todas as condições previstas no Termo de Referência e no contrato acima referenciado.



3. DOS DEVERES DO FORNECEDOR REGISTRADO

3.1. São deveres do FORNECEDOR REGISTRADO além dos previstos no Contrato

3.1.1. Fornecer o serviço solicitado em conformidade estrita com as especificações constantes no Termo de Referência e do Contrato

3.1.2. Restituir esta Autorização de Fornecimento, devidamente assinada pelo representante legal da empresa, ou pessoa designada, à Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS - AgSUS, no prazo máximo de até 02 (dois) dias úteis a contar do seu recebimento.

4. DO PAGAMENTO

4.1. O pagamento ocorrerá, nas condições definidas no Termo de Referência e no Contrato nº XX XX/XXXX, à que se vincula a presente Autorização de Fornecimento.

Confirmo e certifico a Autorização de Fornecimento.

Pela AgSUS:

NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO

CARGO

LOCAL E DATA

Ciente das condições aqui estabelecidas.

Pelo Fornecedor Registrado:

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL/PESSOA DESIGNADA

CARGO

LOCAL E DATA