



Ministério da Saúde
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Distrito Sanitário Especial Indígena - Alto Rio Solimões
Serviço de Recursos Logísticos

ANEXO IV
MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS

Ao Distrito Sanitário Especial Indígena

A/C: Sr. (a) Pregoeiro (a)

PREGÃO ELETRÔNICO Nº xx/20xx

PROCESSO Nº 25036.000405/2021-02

| Item | Descrição/especificação | Marca | unidade de medida | Quantidade total | Valor | |
|---------------------------------|-------------------------|-------|-------------------|------------------|----------|------------|
| | | | | | Unitário | Total |
| xx | Xxxx/xxx | | | | | |
| xx | Xxxx/xxx | | | | | |
| xx | Xxxx/xxx | | | | | |
| xx | Xxxx/xxx | | | | | |
| ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| VALOR GLOBAL DA PROPOSTA | | | | | | R\$ |

Declaramos que nos preços acima propostos, estão inclusos todos os custos necessários para o fornecimento dos materiais, objeto do Pregão em referência, bem como todos os tributos, fretes, seguros, encargos trabalhistas, comerciais e quaisquer outras despesas que incidam ou venham a incidir sobre o objeto desta licitação.

O prazo de validade da proposta é de: _____ (_____) dias, contados da data de abertura do Pregão Eletrônico nº xx/20xx. (Obs.: Não poderá ser inferior a 60 (sessenta) dias).

Caso nos seja adjudicado o objeto da licitação, nos comprometemos a retirar a Nota de Empenho no prazo determinado no Edital, e para esse fim fornecemos os seguintes dados:

| | | |
|--------------------------|---------------|-----|
| DADOS DA EMPRESA: | | |
| Razão Social: | CNPJ: | |
| Endereço: | Tel/Fax: | |
| CEP: | Cidade: | UF: |
| Banco: | Agência: C/C: | |

| | | |
|---|---------------|-----|
| DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA: | | |
| Nome: | | |
| Endereço: | | |
| Tel/Fax/e-mail: | | |
| CEP: | Cidade: | UF: |
| CPF: | Cargo/Função: | |

| | |
|---------------|-----------------|
| RG: | Órgão Expedido: |
| Naturalidade: | Nacionalidade: |

Obs.: Observar todas as exigências constantes do Edital e seus anexos.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura



Documento assinado eletronicamente por **Weydson Gossel Pereira, Coordenador(a) Distrital de Saúde Indígena**, em 03/02/2022, às 12:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0025151637** e o código CRC **8CA047BA**.

Referência: Processo nº 25036.000657/2021-23

SEI nº 0025151637

Serviço de Recursos Logísticos - SELOG/ARS
Rua São João Batista, nº 22 - Bairro Santa Rosa, Tabatinga/AM, CEP 69640-000
Site - www.saude.gov.br