



**SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DOS FUNCIONÁRIOS
MUNICIPAIS DE CRAVINHOS-SASSOF
CNPJ: 72.919.665/0001-04**

**ANEXO III – FORMULÁRIO PARA APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA
COMERCIAL**

REFERENTE: PREGÃO PRESENCIAL nº. 001/2017

PROPOSTA COMERCIAL

REF. PREGÃO PRESENCIAL nº. 001/2017

A empresa: _____ (razão social),
devidamente inscrita no Ministério da Fazenda sob o CNPJ nº.
_____ com sede na
_____ (endereço completo), por intermédio de
seu representante legal, infra-assinado, vem apresentar a seguinte PROPOSTA
COMERCIAL:

VALORES PARA O PLANO BÁSICO:

Plano	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total Mensal
BÁSICO INDIVIDUAL	933		R\$ 0,00
VALOR TOTAL MENSAL (INDIVIDUAL)			R\$ 0,00

Plano	Valores Unitários
INDIVIDUAL SUPERIOR	

INTERNAÇÕES CLÍNICAS e CIRÚRGICAS - Plano Básico: acomodação em quarto coletivo com até 02 (dois) leitos, SEM qualquer limite e SEM coparticipação (fator moderador).

CONSULTAS MÉDICAS, EXAMES E OUTROS PROCEDIMENTOS –
Sem quaisquer limites e com coparticipação.

Apresentamos também os **valores para o Plano Superior** (Internação em apartamento individual com acompanhante), que poderá ser contratado pelos servidores municipais que tiverem interesse, em conformidade com as disposições do respectivo edital.

DECLARO que esta empresa disponibilizará todas as instalações, aparelhamento e pessoal técnico, indispensáveis para a integral e perfeita prestação dos serviços objeto desta licitação, imediatamente após a celebração do contrato administrativo.



**SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DOS FUNCIONÁRIOS
MUNICIPAIS DE CRAVINHOS-SASSOF
CNPJ: 72.919.665/0001-04**

DECLARO que nos preços apresentados, já estão inclusas toda incidência de impostos e outros custos diversos (diretos e indiretos, inclusive remuneração e encargos legais dos funcionários da CONTRATADA), sem inclusão de qualquer encargo financeiro ou previsão inflacionária, não existindo, posteriormente, qualquer despesa adicional em separado, ficando assim, por conta exclusiva e integral da proponente, os gastos com as suas instalações, aparelhamento, pessoal técnico especializado, manutenções em geral, encargos trabalhistas, fiscais, previdenciários, securitários e demais despesas que incidam direta e indiretamente sobre a integral e perfeita execução dos serviços, objeto deste pregão presencial, para atender as necessidades deste Município.

PRAZO PARA O INÍCIO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS E PRAZO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO ADMINISTRATIVO: O início da prestação dos serviços licitados neste certame deverá ser IMEDIATO após a assinatura do contrato administrativo, a qual ocorrerá no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis após a publicação da HOMOLOGAÇÃO deste Certame, na Imprensa Oficial do Estado de São Paulo – DOE / SP – Diário dos Municípios, onde constará à devida convocação da empresa vencedora para a celebração do instrumento contratual respectivo, sendo certo, que referida prestação dos serviços terá vigência pelo prazo de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado nos termos da Lei de Licitações e Contratos Administrativos.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: O pagamento deverá ser realizado todo 10º (décimo) dia útil do mês posterior ao vencido mediante apresentação da nota fiscal / fatura, estando inclusos no valor apresentado todos os valores referentes aos tributos e demais despesas diretas e indiretas incidentes sobre a execução do objeto desta licitação, oriundas da prestação dos serviços contratados, considerando-se os valores contratados multiplicado pelo total de planos existentes no mês anterior à efetivação do pagamento (conforme relação fornecida pelo Departamento de Recursos Humanos da CONTRATANTE), sendo que o pagamento somente será efetuado após a conferência e aprovação pelo Departamento competente deste Município, através de seu titular.

PRAZO DE VALIDADE DA PROPOSTA: _____ não inferior a 60 (sessenta) dias correntes, a contar da data de sua apresentação.

_____, ____ de _____ de 2017
Proponente:

CNPJ:

Endereço:

Bairro: _____

CEP: _____



**SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DOS FUNCIONÁRIOS
MUNICIPAIS DE CRAVINHOS-SASSOF
CNPJ: 72.919.665/0001-04**

Cidade: _____

Estado: _____

Telefone: _____

Fax: _____

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

NOME: _____

R.G. Nº. _____ **/ CPF Nº.** _____