

**HMCC**Hospital Ministro  
Costa CavalcantiFundação de  
Saúde Itaiguapy**EDITAL DE COLETA DE PREÇOS 012/2022**  
**ANEXO II - MODELO DE PROPOSTA COMERCIAL**

[LOGO DA EMPRESA]

À  
FUNDAÇÃO DE SAÚDE ITAIGUAPY  
A/C: COMISSÃO DE JULGAMENTO  
EDITAL DE COLETA DE PREÇOS Nº 012/2022**PROPOSTA COMERCIAL**

1	Descrição do equipamento	Quantidade (mensal)	Valor Aluguel	Valor Total
1.1				R\$ -
1.2				R\$ -
1.3				R\$ -
1.4				R\$ -
1.5				R\$ -
2	Descrição do exame	Quantidade (mensal)	Valor Unitario *	Valor Total
2.1	Anti-HIV Ag/Ab	1200		R\$ -
2.2	Anti-HTLV	1200		
2.3	Sífilis	1200		
2.4	Chagas	1200		
2.5	Anti-HBc	1200		
2.6	Anti-HCV	1200		
2.7	HBsAg	1200		
2.8	Anti-HBs	100		
<b>Valor Total Mensal</b>				<b>R\$ 0,00</b>

Para a formação do preço Unitario do exame, deve ser considerado todos os reagentes (Controles, Calibradores e Diluentes) necessários para a total realização dos exames

PLANILHA DE VALORES COMPLEMENTAR				
Preencher as tabelas abaixo para uma melhor análise da formação dos custos				
Item	Controles (colocar seu controle se necessário)	Tempo de Validade	Quant. Testes	Valor Unitário
3.1				
3.2				
3.3				
3.4				
3.5				
3.6				
3.7				
3.8				
3.9				
3.10				
Item	Consumíveis (ponteiras, diluets, cuvetas, acidos, mat. de limpeza)	Tempo de Validade	Quant. Testes	Valor Unitário
4.1				
4.2				
4.3				
4.4				
4.5				
4.6				
4.7				
4.8				
4.9				
4.10				



**HMCC**Hospital Ministro  
Costa CavalcantiFundação de  
Saúde Itaipuap**EDITAL DE COLETA DE PREÇOS 012/2022**  
**ANEXO II - MODELO DE PROPOSTA COMERCIAL**

Item	Calibradores (colocar seu controle se necessário)	Tempo de Validade	Quant. Testes	Valor Unitário
5.1				
5.2				
5.3				
5.4				
5.5				
5.6				
5.7				
5.8				
5.9				
5.10				

Informamos que todos os custos inerentes ao serviço prestado, incluindo tributos, importação, frete, seguros e outros de qualquer natureza, enfim todos os custos necessários para execução do objeto deste Edital, considerando a entrega no endereço da FUNDAÇÃO estão inclusos nos valores apresentados.

**Prazo de Validade:** 90 (noventa) dias, a contar do recebimento desta.  
Local, Data.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e Carimbo do Representante Legal)

