

**HMCC**Hospital Ministro  
Costa CavalcantiFundação de  
Saúde Itaguapy**EDITAL DE COLETA DE PREÇOS 020/2022**  
**ANEXO II - MODELO DE PROPOSTA COMERCIAL**

[LOGO DA EMPRESA]

À

FUNDAÇÃO DE SAÚDE ITAGUAPY

A/C: COMISSÃO DE JULGAMENTO

EDITAL DE COLETA DE PREÇOS Nº 020/2022

**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 Unitário *	Valor Total
2.1	Parcial de Urina	1500		R\$ -
2.2				R\$ -
2.3				R\$ -
2.4				R\$ -
<b>Valor Total Mensal</b>				<b>R\$ 0,00</b>

Para a formação do preço Unitário 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				
Item	Calibradores (colocar seu controle se necessário)	Tempo de Validade	Quant. Testes	Valor Unitário
5.1				
5.2				
5.3				



8 CSJ



**HMCC**

Hospital Ministro  
Costa Cavalcanti

Fundação de  
Saúde Itaipuapy

**EDITAL DE COLETA DE PREÇOS 020/2022**  
**ANEXO II - MODELO DE PROPOSTA COMERCIAL**

[LOGO DA EMPRESA]

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)

cy  8