(papel timbrado da empresa)

ANEXO - II

PROPOSTA COMERCIAL (MODELO)

PREGÃO PRESENCIAL Nº 023/2017

Razão Social da Proponente: _____

Endereço Completo: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

CNPJ: _____

Inscr. Estadual: _____

Inscr. Municipal: _____

1 – OBJETO

1.1 – Prestação de serviços de *home care* para o paciente Ronaldo Duarte Guiraldelo, portador de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) – Doença Neurônio Motor – (CID 10 G 12.2), conforme ordem judicial nº 1018/2017/MND.

1.2 – O objeto poderá sofrer acréscimos ou supressões nos limites previstos no art. 65, §§ 1º e 2º, da Lei Federal nº 8.666/93.

2 – PREÇO OFERTADO

ITEM	QUANT.	UND.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNITÁRIO	SUBTOTAL
01	365	DIÁRIA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE HOME CARE EM ATENDIMENTO À ORDEM JUDICIAL Nº 1018/2017/MND. COMPREENDENDO **SERVIÇOS DE:** TÉCNICO DE ENFERMAGEM 24 HORAS, VISITA DE ENFERMEIRO SEMANAL, FISIOTERAPIA DIÁRIA, FONOAUDIOLOGIA 3 VEZES POR SEMANA, NUTRICIONISTA MENSAL, VISITA MÉDICA SEMANAL, SUPERVISÃO POR TELEFONE 24 HORAS; **EQUIPAMENTOS:** MALETA DE URGÊNCIA, KITS SINAIS VITAIS, MONITOR MULTIPARÂMETROS, ASPIRADOR PORTÁTIL, SUPORTE DE SORO, GLICOSÍMETRO, CAMA HOSPITALAR ELÉTRICA, COLCHÃO PNEUMÁTICO, CADEIRA HIGIÊNICA, KIR VIAS AÉREAS (NEBULIZADOR, AMBU E PERIF), VNI-BIPAP RESPIRONIC (PERIF), CONCENTRATOR 10/MIN., NOBREAK,		

			CILINDRO DE OXIGÊNIO (RECARGA A PARTE); **INSUMOS:** LUVAS DE PROCEDIMENTO (100 PARES/MÊS), LUVAS ESTÉREIS (900 UNID./MÊS), GAZE COMUM 3.000 UND./MÊS, GAZE ESTÉRIL 30 PCT./MÊS, SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº 12 (900 UND./MÊS), SERINGA 20ML (90 UND./MÊS), EQUIPO COMUM PARA DIETA 60 UND./MÊS), FRASCO DIETA 500ML (60 UND./MÊS), MÁSCARA COMUM (15 UND./MÊS), POLIFIX 02 VIAS (15 UND./MÊS), FRALDA TAMANHO M (240 UND./MÊS), FIXADOR TQT (30 UND./MÊS), MICROPORE TAM. 5CM X 10M (02 UND./MÊS), CÂNULA TQT (01 UND./MÊS), SONDA FOLEY Nº 12 (01 UND./MÊS), ÁLCOOL 70% COM 01L (02 UND./MÊS), ÁLCOOL GEL COM 500ML (02 UND./MÊS), PAPEL TOALHA (04 PCT./MÊS), SACO DE LIXO (60 UND./MÊS). **MEDICAMENTOS DE USO TÓPICO:** DE ACORDO COM A PRESCRIÇÃO MÉDICA, INCLUSO NA DIÁRIA.		
PREÇO TOTAL: R$					

2.1 – O preço total ofertado é **R$ _____ (por extenso)**.

2.2 – O preço ofertado inclui todos os custos de mão de obra, taxas, impostos, seguros, encargos sociais, administração, trabalhistas, previdenciários, contribuições parafiscais e outros que venham a incidir sobre o objeto da licitação.

3 – PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1 – A prestação dos serviços será realizada nas condições estabelecidas na presente proposta, no edital e seus anexos e no termo de contrato, seguindo os parâmetros de qualidade, com emprego de ferramental apropriado, e dispondo de infraestrutura e de equipe qualificada suficientes a perfeita execução do objeto contratado.

3.2 – A prestação dos serviços deverá ser realizada no domicílio do paciente, situado à Rua Ilka Vieira de Matos, nº 02, Grotão, Comendador Levy Gasparian/RJ.

3.3 – O início da prestação dos serviços deverá ocorrer imediatamente após a assinatura do termo de contrato, e a fiscalização adotará junto a empresa vencedora, oportunamente, todas as providências necessárias.

4 – PRAZO DE VALIDADE DA PROPOSTA

4.1 – O prazo de validade desta proposta comercial é de 60 (sessenta) dias, contados da data de sua entrega a Pregoeira, observado o disposto no caput e § único, do art. 110, da Lei Federal nº 8.666/93.

5 – DADOS BANCÁRIOS

BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA CORRENTE:

_____, _____ de _____ de _____.
(Local e Data)

_____
Assinatura do Representante Legal
Nome:
RG Nº e Órgão Emissor