**PROPOSTA.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME:** | | | |
| **RAZÃO SOCIAL:** | | | |
| **CNPJ/CPF Nº** | | | |
| **ENDEREÇO COMPLETO:** | | | |
| **TELEFONE E E-MAIL:** | | | |
| **DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL** | **NOME:** | | |
| **E-MAIL:** | **CPF:** | **TEL.:** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **SERVIÇO** | **UNID** | **VALOR MENSAL** | **VALOR TOTAL – 12 MESES** |
| 1 | PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS TÉCNICOS DE ELABORAÇÃO, TRANSMISSÃO, HOMOLOGAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE DADOS REFERENTE AO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE, INCLUINDO REVISÃO DE RELATÓRIOS DE ANOS ANTERIORES, QUANDO NECESSÁRIO, ALÉM DE ACOMPANHAMENTO DAS RECEITAS DE TRANSFERÊNCIA DO FNS, DAS DESPESAS, DOS RESTOS A PAGAR, APURAÇÃO DO ÍNDICE APLICADO NA SAÚDE E DOS SALDOS DAS CONTAS. | SERVIÇOS | R$ - | R$ - |

**VALOR TOTAL DA PROPOSTA: R$ 00.000,00 (**valor por extenso**)**

**Declaramos que,**

a) O prazo de validade **MÍNIMA** da proposta é **DE 90 (NOVENTA) DIAS**, contados a partir da data de sua apresentação e excluídos os prazos recursais previstos na legislação em vigor.

b) Nos preços fornecidos consideram-se incluídas todas as despesas para a prestação dos serviços, conforme estipulado no aviso e quaisquer outras despesas acessórias e necessárias não especificadas, sendo de exclusiva responsabilidade da interessada, não lhe assistindo o direito de pleitear qualquer alteração deles, sob alegação de erro, omissão ou qualquer outro pretexto.

c) temos capacidade técnico-operacional e profissional para a execução dos serviços para o qual apresentamos nossa proposta.

Declaramos ainda estarmos de acordo e cientes com todas as exigências estipuladas no aviso.

\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Nome e CNPJ/CPF e assinatura do responsável legal.**