**ANEXO II**

**PROPOSTA COMERCIAL - MODELO**

**PREGÃO PRESENCIAL N° 03/2023**

**(Processo n° 05/2023)**

Nome da Empresa:...............................................................................................................

Endereço com pleto:..............................................................................................................

CNPJ:............................ Fone: ( ) .........................E-mail:....................................................

Responsável pela assinatura do C ontrato.................. R G :................ CPF:.....................

1 - Objeto: Contratação de Operadora de Plano de Saúde para a prestação de serviços, Hospitalar, métodos complementares de diagnósticos e tratamentos, e serviços auxiliares, na modalidade de Plano ou Seguro Saúde Coletivo, englobando os seguimentos ambulatoriais, hospitalar e obstétrico, estabelecidos nos incisos I, II e III do artigo 12 da Lei n° 9.656/98, para o grupo correspondente a servidores bem como aos respectivos dependentes legais e especiais.

2 - Tabela de preços:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM 1** | | | | | | |
| Quat. | Unid | Especificação | FAIXA ETÁRIA | Nº DE BENEFICIÁRIOS | **VALOR UNITÁRIO** | **VALOR TOTAL** |
| 11 | vidas | Operadora de Plano de Saúde para a prestação de serviços, Hospitalar, métodos complementares de diagnósticos e tratamentos, e serviços auxiliares, na modalidade de Plano ou Seguro Saúde Coletivo, englobando os seguimentos ambulatoriais, hospitalar e obstétrico, estabelecidos nos incisos I, II e III do artigo 12 da Lei n° 9.656/98, para o grupo correspondente a servidores bem como aos respectivos dependentes legais e especiais | 0 a 18 | 03 |  |  |
| 29 a 33 | 02 |  |  |
| 34 a 38 | 02 |  |  |
| 49 a 53 | 01 |  |  |
| 54 a 58 | 01 |  |  |
| TOTAL | 09 | |  |
| VALOR GLOBAL | | **R$** | |

2.1 – Valor total estimado para 12 meses de contratação: R$ ............... (............................)

2.2 - Fator de coparticipação: ...............% (............... por cento) sobre o valor do procedimento médico e/ou ambulatorial constante da tabela da operadora**. (máximo de 30%)**

2.3 - O teto máximo mensal da coparticipação por usuário é de R$ ............ (.....................). **(Esse custo não pode ultrapassar o valor pago pela mensalidade)**

NOTAS:

1. A empresa licitante deverá apresentar seu preço em moeda real, de acordo com a planilha acima, como forma de facilitar o julgamento. No preço total deverão estar incluídos todos os custos e despesas (impostos, taxas, seguros, frete, e outros encargos decorrentes) envolvendo o fornecimento das licenças. Não será admitida, em hipótese alguma, a inclusão posterior de qualquer despesa adicional, a qualquer título e a qualquer tempo.
2. A empresa está ciente da regulamentação do referido Pregão Presencial, e seus Anexos, e aceita todos os termos deste certame licitatório, inclusive a forma de pagamento.
3. Prazo de validade da proposta: será de 60 (Sessenta) dias, contados da data de abertura das propostas.

Local/sede da empresa,...... de de 2024.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nome da empresa

assinatura/responsável pela empresa