**ANEXO I DO TERMO DE REFERÊNCIA**

**MODELO DE PROPOSTA DE PREÇO**

Empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Objeto: Contratação de empresa prestadora de serviço especializado na área de medicina e segurança do trabalho, sob demanda, para atender as necessidades do Conselho Regional de Enfermagem do Mato Grosso do Sul – Coren/MS, conforme especificações constantes no Termo de Referência e seus anexos.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Descrição resumida do objeto** | **Prazo de vigência** | **Un.** | **Qtd. estimada** | **Valor unitário** | **Valor total** |
| 1 | Elaboração de ATESTADOS DE SAÚDE OCUPACIONAL – ASO (Admissional, Demissional, Periódico, Mudança de Função e Retorno ao Trabalho), com a respectiva comunicação ao Coren/MS via e-mail do resultado dos atendimentos efetuados, logo após sua realização, conforme o Termo de Referência e seus anexos; | 12 meses | SV | 130 |  |  |
| 2 | Realização de perícias para homologações de atestados médicos, conforme Lei n° 605/1949, com a respectiva comunicação ao Coren/MS via e-mail do resultado dos atendimentos efetuados, logo após sua realização, conforme o Termo de Referência e seus anexos; | 12 meses | SV | 130 |  |  |
| 3 | Realização de perícias médicas e exames médicos periciais nos afastamentos superiores a 15 (quinze) dias, submetendo o empregado a exame médico, inclusive complementar, encaminhando à Previdência Social o respectivo laudo, para efeito de homologação e posterior concessão de benefício que depender de avaliação de incapacidade, com a respectiva comunicação ao Coren/MS via e-mail do resultado dos atendimentos efetuados, logo após sua realização, conforme o Termo de Referência e seus anexos. | 12 meses | SV | 50 |  |  |
| 4 | Realização de exames complementares e laudos de especialidades médicas previstos na Legislação e/ou determinados pelo Médico responsável do PCMSO, com a respectiva comunicação ao Coren/MS via e-mail do resultado dos atendimentos efetuados, logo após sua realização, conforme o Termo de Referência e seus anexos. | 12 meses | SV | 50 |  |  |
| 5 | Elaboração, Implantação, Coordenação, Manutenção, Assistência Técnica ao Desenvolvimento e Emissão d**o** Relatório Anual do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO e do Perfil Profissiográfico Previdenciário – PPP, observando o disposto na NR-7, conforme o Termo de Referência e seus anexos. | 12 meses | SV | 3 |  |  |
| 6 | Elaboração, Implantação, Coordenação, Manutenção, Assistência Técnica ao Desenvolvimento e Emissão do Relatório de Avaliação dos Resultados do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA, Laudo Técnico de Condições Ambientais de Trabalho – LTCAT, e Mapa de Risco do Coren/MS, conforme Norma Regulamentadora n° 09, conforme o Termo de Referência e seus anexos. | 12 meses | SV | 3 |  |  |
| 7 | Laudo de Ergonomia com avaliação ergonômica conforme NR-17 do Ministério do Trabalho e Emprego, conforme o Termo de Referência e seus anexos. | 12 meses | SV | 3 |  |  |

2. A proponente deverá prestar o serviço para o Coren/MS conforme indicado na tabela abaixo:

| **Item** | **Serviço** | **Local de Execução** | **Quantidade Estimada** | **Forma de Execução** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Elaboração de ATESTADOS DE SAÚDE OCUPACIONAL – ASO (Admissional, Demissional, Periódico, Mudança de Função e Retorno ao Trabalho), com a respectiva comunicação ao Coren/MS via e-mail do resultado dos atendimentos efetuados, logo após sua realização; | Campo Grande/MS | 100 | Sob Demanda |
| Dourados/MS | 20 |
| Três Lagoas/MS | 10 |
| 2 | Realização de perícias para homologações de atestados médicos, conforme Lei n° 605/1949, com a respectiva comunicação ao Coren/MS via e-mail do resultado dos atendimentos efetuados, logo após sua realização; | Campo Grande/MS | 100 | Sob Demanda |
| Dourados/MS | 20 |
| Três Lagoas/MS | 10 |
| 3 | Realização de perícias médicas e exames médicos periciais nos afastamentos superiores a 15 (quinze) dias, submetendo o empregado a exame médico, inclusive complementar, encaminhando à Previdência Social o respectivo laudo, para efeito de homologação e posterior concessão de benefício que depender de avaliação de incapacidade, com a respectiva comunicação ao Coren/MS via e-mail do resultado dos atendimentos efetuados, logo após sua realização; | Campo Grande/MS | 30 | Sob Demanda |
| Dourados/MS | 10 |
| Três Lagoas/MS | 10 |
| 4 | Realização de exames complementares e laudos de especialidades médicas previstos na Legislação e/ou determinados pelo Médico responsável do PCMSO, com a respectiva comunicação ao Coren/MS via e-mail do resultado dos atendimentos efetuados, logo após sua realização; | Campo Grande/MS | 30 | Sob Demanda |
| Dourados/MS | 10 |
| Três Lagoas/MS | 10 |
| 5 | Elaboração, Implantação, Coordenação, Manutenção, Assistência Técnica ao Desenvolvimento e Emissão d**o** Relatório Anual do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO e do Perfil Profissiográfico Previdenciário – PPP, observando o disposto na NR-7; | Campo Grande/MS | 1 | Anual |
| Dourados/MS | 1 |
| Três Lagoas/MS (\*) | 1 |
| 6 | Elaboração, Implantação, Coordenação, Manutenção, Assistência Técnica ao Desenvolvimento e Emissão do Relatório de Avaliação dos Resultados do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA, Laudo Técnico de Condições Ambientais de Trabalho – LTCAT, e Mapa de Risco do Coren/MS, conforme Norma Regulamentadora n° 09; | Campo Grande/MS | 01 | Anual |
| Dourados/MS | 01 |
| Três Lagoas/MS (\*) | 01 |
| 7 | Laudo de Ergonomia com avaliação ergonômica conforme NR-17 do Ministério do Trabalho e Emprego. | Campo Grande/MS | 01 | Anual |
| Dourados/MS | 01 |
| Três Lagoas/MS (\*) | 01 |

VALOR TOTAL DA PROPOSTA e POR EXTENSO: R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VALIDADE DA PROPOSTA (mínimo noventa dias) \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

**3. Declaro que:**

**a)** Os serviços constantes desta proposta comercial ofertada atendem fielmente as especificações técnicas e condições estabelecidas no Termo de Referência e seus Anexos.

**b)** Nos preços, acima propostos estão inclusos todos os custos necessários para a prestação dos serviços especializado em medicina e segurança do trabalho, como todas as despesas com a mão de obra a ser utilizada, e que nos preços cotados e que vigorarão no contrato incluem todo fornecimento de consumo e demais insumos, todos os custos diretos e indiretos necessários à perfeita execução do serviço, conforme as especificações, características, condições, obrigações e requisitos contidos no Termo de Referência e seus anexos, inclusive às despesas trabalhistas, previdenciárias, impostos, taxas, emolumentos e quaisquer outras despesas e encargos, constituindo, a qualquer título, a única e completa remuneração pela adequada e perfeita prestação e entrega dos serviços, de modo que nenhuma outra remuneração será devida, a qualquer título, descartada qualquer hipótese de responsabilidade solidária pelo pagamento de toda e qualquer despesa, direta ou indiretamente relacionada com a prestação dos serviços.

**4. DADOS**

**4.1.** Caso sejamos a proposta vencedora e transcorridos todos os trâmites legais desta licitação, comprometemo-nos a assinar o Contrato no prazo determinado no documento de convocação e, para esse fim, fornecemos os seguintes dados:

Razão Social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNPJ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I.E. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I.M. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço eletrônico (e-mail):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel/Fax:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C/C: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dados do Representante Legal da Empresa para assinatura do Contrato:

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: (\*\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo/Função:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carteira de identificação nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Expedido por:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naturalidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nacionalidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura