



MUNICÍPIO DE SÃO GERALDO

ESTADO DE MINAS GERAIS
Rua 21 de Abril, nº 19, Centro - São Geraldo - CEP 36.530-000
CNPJ: 18.137.935/0001-80 – Tel.: (32)3556-1215 ou 1471



ANEXO II - MODELO PROPOSTA COMERCIAL

EDITAL 041/2023 PREGÃO ELETRÔNICO Nº 041/2023 PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 105/2023

1.1. A empresa, inscrita no CNPJ sob o nº, inscrição estadual nº, estabelecida à Av./Rua, Nº, bairro, na cidade de, Estado, telefone, e-mail, vem pela presente, apresentar sua proposta para Contratação de empresa(s) especializada(s) para prestação de serviços de **segurança e medicina do trabalho**, para atendimento das demandas do Município de São Geraldo/MG, conforme especificações e quantitativos discriminados neste Termo de Referência, de acordo com o abaixo descrito:

LOTE 01 – SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO					
ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANT.	Unitário	Total
01	LTCAT - LAUDO TÉCNICO DE CONDIÇÕES AMBIENTAIS DO TRABALHO: Elaboração do LTCAT adaptado ao E-SOCIAL, do tipo coletivo. Nos termos da ININSS/DC nº 78, de 16/07/2002 e alterações seguintes, por Médico do Trabalho ou Engenheiro de Segurança do Trabalho cadastrado no MTE.	Serviço	01		
02	PROGRAMA DE GERENCIAMENTO RISCOS - PGR/GRO: Elaboração, Planejamento e Assistência técnica no desenvolvimento da execução do PGR, de acordo com a legislação em vigor (em especial NR 01 e NR 09), através do Levantamento de Riscos, Elaboração de Documentos Base e Desenvolvimento de Plano de Ações em conjunto com o município de São Geraldo/MG.	Serviço	01		
03	ASSESSORIA MENSAL - Treinamento de Integração de Saúde e Segurança do Trabalho; Treinamentos Obrigatórios, Gerenciamento da entrega de EPI'S; Treinamentos e Gerenciamento dos Planos de Ação do PGR e PCMSO; Gerenciamento dos exames admissionais, periódicos e demissionais; Suporte na preparação de documentos em casos de judicialização; e-Social – Gerenciar e enviar os eventos de SST conforme o cronograma do e-Social. Elaboração e envio dos PPP's (quando necessários).	Serviço Mensal	12		

LOTE 02 – PCMSO E EXAMES MÉDICOS OCUPACIONAIS					
ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANT.	Unit.	Total
01	PCMSO - PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL - Planejamento, Elaboração e Assistência técnica ao desenvolvimento do PCMSO, de acordo com a legislação em vigor, incluindo Relatório Anual (de acordo com a NR 07).	Serviço	01		
02	EXAME DE ACUIDADE VISUAL	Exame	70		
03	EXAME DE AUDIOMETRIA	Exame	70		
04	EXAME MÉDICO ADMISSSIONAL	Exame	300		
05	EXAME MÉDICO PERIÓDICO	Exame	350		



MUNICÍPIO DE SÃO GERALDO

ESTADO DE MINAS GERAIS
Rua 21 de Abril, nº 19, Centro - São Geraldo - CEP 36.530-000
CNPJ: 18.137.935/0001-80 – Tel.: (32)3556-1215 ou 1471



06	EXAME MÉDICO MUDANÇA DE FUNÇÃO	Exame	40		
07	EXAME MÉDICO DEMISSSIONAL	Exame	200		
08	EXAME MÉDICO RETORNO AO TRABALHO	Exame	200		

VALOR TOTAL POR EXTENSO:

Declaramos, expressamente, que:

I. Concordamos, integralmente e sem qualquer restrição, com as condições da contratação e temos pleno conhecimento do local e das condições e exigências de execução do objeto.

II. Concordamos, integralmente e sem qualquer restrição, com as condições estabelecidas no Edital e seus anexos.

III. Na execução do objeto licitado, observaremos, rigorosamente, as especificações das normas legais e regulamentares brasileiras, bem como as recomendações e instruções do município, assumindo, desde já, a integral responsabilidade pelo fornecimento dos produtos em conformidade com as especificações e os padrões necessários ou determinados pelo município.

IV. Nos preços propostos estão incluídos todos os tributos, encargos sociais, frete até o destino e quaisquer outros ônus que porventura possam recair sobre o fornecimento do objeto da presente licitação e que estou de acordo com todas as normas da solicitação de propostas e seus anexos.

V. Validade da Proposta: 60 (sessenta) dias.

VI. Conta Corrente nº _____, da Agência nº _____, do Banco _____, de titularidade da proponente.

Dados do responsável pela assinatura do contrato:

Nome:

Qualificação (cargo ou função):

RG/UF: _____ / _____

CPF: _____

Dados do responsável pelo atendimento ao município:

Nome:

Telefone fixo:

Telefone Celular:

E-mail:

CNPJ:

_____/_____/_____

Data da Proposta:

Endereço:

E-mail:

Telefone e WhatsApp:

Assinatura: _____

Carimbo: