ANEXO III

MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS

**OBJETO:** Registro de preços visando a contratação de empresa devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, especializada na prestação de serviços continuados na área de Assistência Suplementar a Saúde para os servidores e vereadores da Câmara Municipal de Itabirito, com a possibilidade de inclusão de dependentes, a critério do titular.

**DATA DE APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **LOTE 01** |
| **ITEM** | **ESPECIFICAÇÃO** | **CATSER** | **UND. MEDIDA** | **QUANTIDADE** | **VALOR UNITÁRIO** | **VALOR MENSAL** | **VALOR ANUAL 12 meses** |
| **1** | Assistência Médica - Hospitalar / Domiciliar complementar de Saúde / Convênio - Faixa etária 00 a 18 anos | 12920 | Unidade(vidas) | 66 | R$ | R$  | R$ |
| **2** | Assistência Médica - Hospitalar / Domiciliar complementar de Saúde / Convênio - Faixa etária 19 a 23 anos | 12920 | Unidade(vidas) | 10 |  |  |  |
| **3** | Assistência Médica - Hospitalar / Domiciliar complementar de Saúde / Convênio - Faixa etária 24 a 28 anos | 12920 | Unidade(vidas) | 15 |  |  |  |
| **4** | Assistência Médica - Hospitalar / Domiciliar complementar de Saúde / Convênio - Faixa etária 29 a 33 anos | 12920 | Unidade(vidas) | 30 |  |  |  |
| **5** | Assistência Médica - Hospitalar / Domiciliar complementar de Saúde / Convênio - Faixa etária 34 a 38 anos | 12920 | Unidade(vidas) | 35 |  |  |  |
| **6** | Assistência Médica - Hospitalar / Domiciliar complementar de Saúde / Convênio - Faixa etária 39 a 43 anos | 12920 | Unidade(vidas) | 35 |  |  |  |
| **7** | Assistência Médica - Hospitalar / Domiciliar complementar de Saúde / Convênio - Faixa etária 44 a 48 anos | 12920 | Unidade(vidas) | 25 |  |  |  |
| **8** | Assistência Médica - Hospitalar / Domiciliar complementar de Saúde / Convênio - Faixa etária 49 a 53 anos | 12920 | Unidade(vidas) | 20 |  |  |  |
| **9** | Assistência Médica - Hospitalar / Domiciliar complementar de Saúde / Convênio - Faixa etária 54 a 58 anos | 12920 | Unidade(vidas) | 40 |  |  |  |
| **10** | Assistência Médica - Hospitalar / Domiciliar complementar de Saúde / Convênio - Faixa etária Acima de 59 anos | 12920 | Unidade(vidas) | 100 |  |  |  |

**Obs.: O licitante deverá encaminhar a proposta completa com a descrição pormenorizada dos itens.**

* Dados Bancários para pagamento:
* Prazo de validade da proposta não inferior a 60 (sessenta) dias, a contar da data de sua apresentação.

Local, (data).

(Assinatura do representante legal)