**DISPENSA ELETRÔNICA Nº 3/2026**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 22.061/2025**

**MODALIDADE:** DISPENSA ELETRÔNICA

**TIPO:** MENOR PREÇO UNITÁRIO POR ITEM

**OBJETO: SERVIÇO DE COLETA E DESCARTE DE RESÍDUOS DO GRUPO B, PARA ATENDER AS NECESSIDADES DA SECRETARIA DE SAÚDE**

**MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS**

**(papel timbrado da licitante)**

A empresa ..............................., estabelecida na (endereço completo, telefone e endereço eletrônico, se houver), inscrita no CNPJ sob nº ......................., neste ato representada por ............................., cargo, RG.................., CPF.................., (endereço), vem por meio desta, apresentar Proposta de Preços a **Dispensa Eletrônica nº 3/2026**, em epígrafe, que tem por objeto o **Serviço de coleta e descarte de resíduos do Grupo B, para atender as necessidades da Secretaria de Saúde**, conforme segue:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **CATMAT/CATSER** | **ESPECIFICAÇÃO** | **UNID** | **QNT** | **MARCA** | **VALOR UNIT.** | **VALOR TOTAL** |
| **1** | **19380** | **Serviço de coleta ÚNICA**, transporte e destinação final de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) do Grupo B. Coleta única de um lote de aproximadamente 10.000 L (dez mil litros) de insumos farmacêuticos e químicos inservíveis para descarte (Resíduos do Grupo B, compreendendo medicamentos com validade expirada, avariados ou fora de especificação), referente ao passivo armazenado no Almoxarifado Central da Saúde. O serviço inclui o transporte em veículo licenciado com manifesto de transporte, tratamento conforme legislação, e emissão do Certificado de Destinação Final (CDF). | **UN.** | **1** |  |  |  |
| **2** | **19380** | **Serviço de coletas PERIÓDICAS**, transporte e destinação final de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) do Grupo B. Coleta Quadrimestral (totalizando três coletas anuais) de até 3.000 L (três mil litros) por coleta, de insumos farmacêuticos e químicos inservíveis gerados na rotina das unidades. Os locais de coleta serão as Unidades de Saúde indicadas pela Secretaria Municipal de Saúde  O serviço inclui o transporte em veículo licenciado com manifesto de transporte, tratamento conforme legislação, e emissão do Certificado de Destinação Final (CDF). | **ANO** | **1** |  |  |  |
| **TOTAL** | | | | | | | **R$** |

**Informar Valor total R$...**

**Dados bancários:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Banco:** | **Agência:** | **Conta:** |

A validade desta proposta é de **60 (sessenta) dias corridos**, contados da data da abertura da sessão pública de **DISPENSA ELETRÔNICA**.

**A apresentação da proposta implicará na plena aceitação das condições estabelecidas neste aviso de contratação direta e seus anexos.**

.............................................................................., ........, ................................... de ..............

Local e Data

Assinatura do Responsável pela Empresa

(Nome Legível/Cargo)