



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Superintendência Regional Sul
 Coordenação de Gestão de Orçamento, Finanças e Logística
 Divisão de Logística, Licitações e Contratos
 Serviço de Licitações

Anexo

ANEXO III

MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS
 (EM PAPEL TIMBRADO DO LICITANTE)

DISPENSA ELETRÔNICA Nº 90002/2025
 PROCESSO Nº 35014.028931/2025-64

À Superintendência Regional Sul - SRSul.

limo. Sr. Pregoeiro:

1. A Empresa _____, CNPJ nº _____, sediada _____ (endereço completo), se propõe a executar os serviços discriminados, atendendo todas as condições estipuladas no Aviso de Contratação Direta e seus anexos, e nos valores abaixo:

A SER UTILIZADO APENAS O(S) ITEM(NS) A SEREM CONTRATADO(S):

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	CATSER	UNIDADE DE MEDIDA	LOCALIDADE	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	Exame Toxicológico (categoria D e E)	20729	UNIDADE	Sarandi - PR	02	R\$	R\$
2	Exame Toxicológico (categoria D)	20729	UNIDADE	Ponta Grossa - PR	01	R\$	R\$
3	Exame Toxicológico (categoria D)	20729	UNIDADE	Palhoça - SC	01	R\$	R\$
4	Exame Toxicológico (categoria E)	20729	UNIDADE	Curitibanos - SC	01	R\$	R\$
5	Exame Toxicológico (categoria D)	20729	UNIDADE	Caxias do Sul - RS	01	R\$	R\$
-	TOTAL						R\$

a) **Valor Total:** R\$ _____

b) **Validade da Proposta de Preços:** _____ (mínimo 60 dias);

c) **Prazo de Execução do Serviço:** até 30 dias do recebimento do Ofício de Encaminhamento do INSS do segurado em Programa de Reabilitação.

2. Informações para assinatura do Contrato:

- Nome do responsável:
- Cargo:
- RG:
- CPF:
- Telefone:
- E-mail:
- Dados Bancários: (Banco/Agência/Conta-Corrente)

3. DECLARAÇÕES:

- Declaramos que estamos cientes e que concordamos com as condições contidas no Aviso de Contratação Direta e seus Anexos.
- Declaramos que cumprimos plenamente os requisitos de habilitação definidos no Aviso de Contratação Direta e seus Anexos.
- Declaramos ainda que temos pleno conhecimento das condições e peculiaridades inerentes ao objeto contratual, à natureza do trabalho e que assumimos total responsabilidade por este fato e, portanto, não utilizaremos deste para quaisquer questionamentos futuros que ensejem avenças técnicas ou financeiras, não cabendo quaisquer ônus à Contratante, isto é, à Superintendência Regional Sul do INSS.

Local e data.

Assinatura e Nome do Representante Legal da Empresa



Documento assinado eletronicamente por **MARIANA FERRUCIO FAVARO**, Técnico do Seguro Social, em 10/04/2025, às 08:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **JULIANA DA SILVA**, Técnico do Seguro Social, em 10/04/2025, às 09:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.inss.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **20250904** e o código CRC **E06C0803**.

Referência: Caso responda este Documento, indicar expressamente o Processo nº 35014.028931/2025-64

SEI nº 20250904

Criado por [julianadasilva](#), versão 6 por [julianadasilva](#) em 08/04/2025 15:57:49.