

PROPOSTA

À

COMPANHIA CAMPO LITORAL DE ENERGIA - COCEL

Ref.: LICITAÇÃO N.º 054/2024

Prezados Senhores:

UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS

CNPJ nº 75.055.772/0001-20, localizada na AV AFFONSO PENNA, nº 297, bairro Tarumã, no Município de Curitiba

Tem a presente a finalidade de apresentar a nossa proposta para prestação de serviços de operadora de planos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial, exames complementares e serviços auxiliares, em todo o território nacional, sem carência, sem limite de idade, sem coparticipação, aos funcionários da COCEL, de acordo com as quantidades e características constantes do anexo I, do Edital de Licitação n.º 054/2024, considerando:

1. que o prazo de validade da Proposta, contado a partir da data de sua apresentação, é de 60 (sessenta) dias;
2. que assumimos inteira responsabilidade pela execução dos serviços, nos sujeitando as condições estabelecidas no ato convocatório e seus anexos;
3. que todas as despesas com a preparação e a apresentação da presente Proposta, correrão unicamente por nossa conta;
4. que concordamos com o aumento ou diminuição dos participantes do grupo, conforme admissões e ou dispensa dos funcionários.
5. que concordamos em firmar o contrato para execução dos serviços relacionados nesta proposta, pelo(s) preço(s) apresentado através do lance registrado e oferecido por nosso representante credenciado;
6. que o preço ofertado para o item único é de:

Plano 1- Atendimento ambulatorial, Hospitalar, com acomodação em enfermaria e obstetrícia:

Faixa Etária	Total	Valor unitário	Valor total
Até 18 anos	65	363,80	23.647,00

19 a 23 anos	10	363,80	3.638,00
24 a 28 anos	6	363,80	2.182,80
29 a 33 anos	8	363,80	2.910,40
34 a 38 anos	30	363,80	10.914,00
39 a 43 anos	29	363,80	10.550,20
44 a 48 anos	25	928,38	23.209,50
49 a 53 anos	19	928,38	17.639,22
54 a 58 anos	35	928,38	32.493,30
59 anos acima	24	1526,01	36.624,24
TOTAL	251	652,62	163.808,66

Plano 2 - Atendimento ambulatorial, Hospitalar e com acomodação em apartamento privativo com obstetrícia:

Faixa Etária	TOTAL	Valor unitário	Valor total
até 18 anos	7	487,95	3.415,65
19 a 23 anos		487,95	0,00
24 a 28 anos		487,95	0,00
29 a 33 anos		487,95	0,00
34 a 38 anos	4	487,95	1.951,80
39 a 43 anos	3	487,95	1.463,85
44 a 48 anos		1.245,32	0,00

49 a 53 anos		1.245,32	0,00
54 a 58 anos		1.245,32	0,00
59 anos acima		2.316,51	0,00
TOTAL	14	487,95	6831,30

TOTALIZANDO O VALOR DE R\$ 170.639,96 por mês para o ITEM ÚNICO.

7. declaramos que confirmaremos com nova proposta, no prazo de até 03 (três) dias úteis, os itens que foram apresentados lances com novos preços, e julgado como vencedor do certame;

8. declaramos ainda que, nos preços estão incluídos os custos diretos e indiretos, bem como administração, lucro e imprevistos, inclusive todos os tributos (ICMS, SUBST., IPI E OUTROS) sujeitos em decorrência da presente Proposta;

9. que concordamos com as demais disposições do Edital, e reconhecemos à **COCEL**, o direito de aceitar ou rejeitar todas as propostas sem que nos assista qualquer direito indenizatório.

Curitiba, 19 de setembro de 2024.

Rached Hajar Traya
Diretor Presidente

Yugo William Sakamoto
Diretor Financeiro



7º TABELIONATO DE NOTAS - Dr. Angelo Volpi Neto
R. Mal. Deodoro, 230 - Centro - Curitiba - Paraná - Fone: (41) 3094-7700
Reconheço e dou fé por SEMELHANÇA a(s) Assinatura(s) de:
YUGO WILLIAM SAKAMOTO; RACHED HAJAR TRAYA
Curitiba-PR, 23 de setembro de 2024. 08:48:52.
Em test. _____ da verdade.



LUANA ALVES DA SILVA - Escrivente
Selo nº: SFTN1.nGjtb.mJl8r-qwwM7.F395q
Consulte este selo em <https://selo.funarpen.com.br/consulta>

Dados da empresa para formalização do contrato caso sejamos vencedor:

Razão Social: **UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS**

Endereço: **AV AFFONSO PENNA, nº 297**, bairro Tarumã

Município: **Curitiba** UF: **Paraná** CEP: 82.530-280

Telefone: (41) 3019-2000 Fax:

CNPJ: 75.055.772/0001-20

Insc. Est.:

Email:

REPRESENTANTE LEGAL:

Nome: Rached Hajar Traya

Endereço:

Município:

UF: CEP:

CPF/MF:

CIRG N.º:

Expedida por:

Nome: Yugo William Sakamoto

Endereço:

Município:

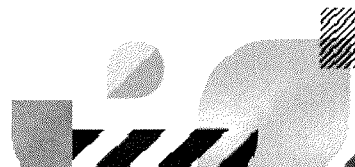
UF: CEP:

CPF/MF:

CIRG N.º:

Expedida por:





Nome: Wanderley Silva

Endereço:

Município:

UF: CEP:

CPF/MF: Cargo/Função:

CIRG N.º:

Expedida por:

Q

