



HOSPITAL DE CARIDADE SÃO FRANCISCO DE ASSIS

- Endereço: Rua Cel. Hortêncio de Mello, 78
- Cep: 84.560-000 - Rio Azul - PR
- CNPJ: 80.759.111/0001-15
- E-mail: hcsfa@terra.com.br
- Administrativo: (42) 98868-4417
- Agendamentos: (42) 98870-0371

WWW.HOSPITALCSFA.COM.BR

ANEXO V — MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS EDITAL DE CONCORRÊNCIA Nº 001/2026

À Comissão responsável pela Concorrência nº 001/2026

Razão social:

CNPJ:

Endereço:

Representante legal:

E-mail:

Telefone:

Apresentamos proposta para a execução das obras de reforma e ampliação do Hospital de Caridade São Francisco de Assis, conforme o Edital da Concorrência nº 001/2026 e seus anexos.

Valor global: R\$ _____ (_____).

Prazo de execução: 360 dias, contados da data de início expressamente indicada na Ordem de Serviço.

Validade da proposta: 90 (noventa) dias corridos, contados da data fixada para o encerramento do recebimento dos documentos e propostas.

Declaramos que:

1. O preço contempla os serviços, materiais, equipamentos e encargos integrantes do escopo.
2. A proposta observa os projetos e documentos técnicos disponibilizados.
3. Os custos necessários ao cumprimento dos direitos trabalhistas e das demais obrigações estão incluídos.
4. Os compromissos da proposta técnica estão contemplados no preço apresentado.
5. As planilhas e o cronograma anexos são compatíveis com o valor global ofertado.
6. Não condicionamos a execução a exclusões ou alterações não admitidas no Edital.

Documentos anexos: planilha orçamentária, BDI, encargos sociais e cronograma físico-financeiro.

Local e data.

Nome, cargo e assinatura do representante.



HOSPITAL DE CARIDADE SÃO FRANCISCO DE ASSIS

- Endereço: Rua Cel. Hortêncio de Mello, 78
- CNPJ: 80.759.111/0001-15
- Administrativo: (42) 98868-4417
- Cep: 84.560-000 - Rio Azul - PR
- E-mail: hcsfa@terra.com.br
- Agendamentos: (42) 98870-0371

WWW.HOSPITALCSFA.COM.BR

ANEXO VI — MODELO DE DECLARAÇÕES EDITAL DE CONCORRÊNCIA Nº 001/2026

A empresa **[RAZÃO SOCIAL]**, CNPJ nº **[NÚMERO]**, por seu representante, declara, para participação na Concorrência nº 001/2026:

1. Que conhece o Edital e seus anexos e atende às condições de participação.
2. Que não se encontra impedida de participar ou contratar, consideradas as vedações e o alcance das sanções legalmente aplicáveis.
3. Que comunicará fato superveniente relevante à habilitação ou à contratação.
4. Que os documentos e as informações apresentados são verdadeiros.
5. Que cumpre o art. 7º, XXXIII, da Constituição Federal.
6. Que atende às exigências de reserva de cargos para pessoas com deficiência e reabilitados da Previdência Social, quando aplicáveis.
7. Que o preço proposto contempla os custos necessários ao cumprimento dos direitos trabalhistas e das demais obrigações incidentes, inclusive as providências de licenciamento e conclusão municipal atribuídas à contratada e o gerenciamento, transporte e destinação dos resíduos e entulhos gerados pela execução, conforme o Edital e o Termo de Referência.
8. Que disponibilizará os profissionais indicados e observará os compromissos da proposta técnica, sujeitando eventual substituição à aprovação pertinente.
9. Que não oferecerá vantagem indevida nem praticará fraude, conluio ou obstrução à fiscalização.
10. Que manterá canal válido para recebimento das comunicações do certame e acompanhará as publicações oficiais indicadas no Edital.

Local e data.

Nome, cargo e assinatura do representante.



HOSPITAL DE CARIDADE SÃO FRANCISCO DE ASSIS

- Endereço: Rua Cel. Hortêncio de Mello, 78
- CNPJ: 80.759.111/0001-15
- Administrativo: (42) 98868-4417
- Cep: 84.560-000 - Rio Azul - PR
- E-mail: hcsfa@terra.com.br
- Agendamentos: (42) 98870-0371

WWW.HOSPITALCSFA.COM.BR

ANEXO VII — DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DAS CONDIÇÕES LOCAIS EDITAL DE CONCORRÊNCIA Nº 001/2026

A empresa **[RAZÃO SOCIAL]**, CNPJ nº **[NÚMERO]**, por seu responsável técnico **[NOME]**, registrado no **[CONSELHO/NÚMERO]**, declara conhecer as condições e peculiaridades da execução das obras objeto da Concorrência nº 001/2026, tendo examinado os documentos disponibilizados e considerado as condições conhecidas necessárias à elaboração de sua proposta.

Declara que seu planejamento contempla a execução em ambiente hospitalar e as exigências pertinentes de segurança e compatibilização das intervenções.

Esta declaração não representa renúncia a direitos relativos a condições imprevisíveis, omissões documentais ou eventos cujo tratamento seja assegurado pela legislação e pelo contrato.

Forma de conhecimento: [visita realizada em ____ / declaração substitutiva de visita].