|  |
| --- |
| **PROPOSTA COMERCIAL** |
| **PROC. ADM. nº 24/2024** |
| **Dispensa de Licitação nº 10/2024**  |

**IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA**

|  |
| --- |
| **RAZÃO SOCIAL** |
| **CNPJ nº** |
| **ENDEREÇO** |
| **CIDADE** | **UF** | **CEP** |
| **TELEFONE** |
| **EMAIL** |
| **BANCO** | **AGÊNCIA** | **CONTA CORRENTE** |

**DADOS DO REPRESENTANTE DA EMPRESA** (finalidade de apresentação de proposta e assinatura do contrato).

|  |
| --- |
| **NOME** |
| **CPF** | **RG** |
| **CARGO/FUNÇÃO** |
| **EMAIL** |

**DAS CONDIÇÕES**

|  |  |
| --- | --- |
| **LOCAL** | Câmara Municipal de Igarapava – Praça João Gomes da Silva, nº 548, Centro, cidade de Igarapava – SP, CEP; 14.540-000. |
| **PRAZO PARA ENTREGA / REALIZAÇÃO DO SERVIÇO** | O prazo de execução dos serviços é de até 24 (vinte e quatro) horas, contados do recebimento da solicitação de fornecimento / serviço pelo contratado e emissão da apólice. |
| **PRAZO DE LIQUIDAÇÃO** | Até 10 (dez) úteis dias a contar do recebimento da nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente pela Administração |
| **PRAZO DE PAGAMENTO** | Até 20 (vinte) úteis dias contados contar do recebimento da nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente pela Administração, desde que tenha sido finalizado a liquidação da despesa. |
| **FORMA DE PAGAMENTO** | O pagamento será realizado por meio de ordem bancária ou transferência eletrônica, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo contratado, cheque nominal ou cartão eletrônico |
| **DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA** | Previamente à celebração do contrato, a Administração verificará a existência de sanção que a impeça a contratação, mediante a consulta a cadastros informativos oficiais, em nome da empresa licitante e também de seu sócio majoritário.Relação de documentos descritos no Termo de Referência. |

1.1 CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SEGURO AUTOMOTIVO COM ASSISTÊNCIA 24 (VINTE E QUATRO) HORAS PARA VEÍCULO DA FROTA DA CÂMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **DESCRIÇÃO** | **CÓDIGO CAT/MAT/SERV** | **UNIDADE DE FORNECIMENTO** | **QUANTIDADE** | **VALOR TOTAL** |
| 01 | **SEGURO AUTOMOTIVO** | 30127 | SERVIÇO | 12 meses | R$ |
| **VALOR TOTAL**  | **R$** |

1.1 1 O objeto acima descrito será para atendimento do seguinte veículo Oficial:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | VEÍCULO | COR | PLACA | ANO/MODELO |
| 01 | PEUGEOT 408 GRIFFETHPA | PRETO | FYH 1364 | 2018/2019 |

1.1.2 Do detalhamento do objeto. O seguro automotivo deverá observar os seguintes requisitos mínimos:

|  |
| --- |
| **COBERTURA** |
| COLISÃO; INCÊNDIO; ROUBO; FURTO.No mínimo de 100% da FIPE. |
| DANOS MATERIAISNo mínimo de R$500.000,00 (quinhentos mil reais) |
| DANOS CORPORAISNo mínimo de R$1.000.000,00 (um milhão de reais) |
| CARRO RESERVANo mínimo 30 (trinta) dias |
| VIDROSVidro para-brisa, vidro traseiro, faróis convencionais, faróis de LED, lanternas convencionais, lanternas LED, vidros laterais, retrovisores, cobrindo tanto reparos quanto substituições em caso de danos. |
| MORTE (POR PASSAGEIRO)No mínimo R$100.000,00 (cem mil reais) |
| INVALIDEZ (POR PASSAGEIRO)No mínimo R$100.000,00 (cem mil reais) |
| SERVIÇO DE GUINCHONo mínimo de 1.000 (mil) km |
| SERVIÇO DE EMERGÊNCIAChaveiro, troca de pneus e envio de combustível emergencial. |
| OBSERVAÇÃO 01: A reposição de peças ou acessórios será feita por peças originais, adequadas e nova, ou que, mantenham as mesmas especificações técnicas do fabricante, distribuídas pelas concessionárias das montadoras ou pelos fabricantes das peças e seus representantes. |

**VALOR TOTAL DA COTAÇÃO POR EXTENSO: R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

**VALIDADE DA PROPOSTA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Não inferior a 60 (sessenta) dias.

Declaramos que nos preços cotados estão incluídas todas as despesas que, direta ou indiretamente, fazem parte do presente objeto, tais como gastos da empresa com suporte técnico e administrativo, impostos, seguros, taxas, ou quaisquer outros que possam incidir sobre gastos da empresa, sem quaisquer acréscimos em virtude de expectativa inflacionária e deduzidos os descontos eventualmente concedidos.

Loca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOME DA EMPRESA**

**ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL**

**CARIMBO COM CNPJ**