



# CÂMARA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KUBITSCHKEK

## ORÇAMENTO

Página 1 de 1

### PESQUISA Nº.:

NOME DA EMPRESA: \_\_\_\_\_

CNPJ/CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ PIS/PASEP: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELA COTAÇÃO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SEGURO INDIVIDUAL PARA ESTAGIÁRIO DO CENTRO DE ATENDIMENTO AO CIDADÃO, CONFORME A LEI 6.494/77.

| Item        | Código | Qtde   | Unid.   | Descrição Material/Serviço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Marca | Preço Unit. | Preço Total |
|-------------|--------|--------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------|-------------|
| 001         | 12888  | 1,0000 | Unidade | SEGURO ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL COBERTURA DO PLANO ANUAL:<br>MORTE ACIDENTAL<br>INCAPACIDADE PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE<br>DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES.<br>INCAPACIDADE PERM.TOTAL/PARCIAL POR ACIDENTE : 100% DO CAPITAL<br>SEGURADO DE COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL.<br>DESPESAS MÉDICO/HOSPITALARES: 10% DO CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL. |       |             |             |
| Total Geral |        |        |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |             |             |

PRAZO DE VALIDADE DO ORÇAMENTO: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura

SERVIDOR PÚBLICO RESPONSÁVEL PELA REALIZAÇÃO DO ORÇAMENTO

NOME: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

SECRETARIA/DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

TELEFONE CONTATO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ / (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

Observação:

**CARO FORNECEDOR, FAVOR DATAR, ASSINAR E CARIMBAR O ORÇAMENTO.**