



**COLETA DE PREÇOS**

Nome do fornecedor:		
Endereço:	CEP.	Tel.
CNPJ OU CPF/MF nº:	Inscr. Estadual ou RG.:	
e-mail:		
Representante Legal (em caso de pessoa jurídica)		
RG.	CPF:	

ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR
1	<p><b>1. DO OBJETO</b></p> <p><b>1.1.</b> A cobertura do seguro será para estagiários com idades compreendidas na faixa etária entre 18 (dezoito) a 70 (setenta) anos.</p> <p><b>1.2.</b> A proposta deverá ser apresentada conforme demonstrativo abaixo:</p> <p>A. NÚMERO ESTIMADO DE ESTAGIÁRIOS: 01</p> <p>B. COBERTURA INDIVIDUAL: R\$ 20.000,00 (vinte mil reais).</p> <p>C. PRÊMIO INDIVIDUAL: R\$.</p> <p>D. VALOR TOTAL: R\$ .....</p> <p>E. PRAZO DE VIGÊNCIA: 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias corridos.</p> <p><b>1.6.</b> Os preços apresentados deverão incluir seguros, taxas e demais encargos livres de ônus adicionais de qualquer natureza. Os valores globais, bem como as parcelas mensais poderão ter variação em função de mudança quantitativa no quadro de estagiários do Arquivo Público e Histórico do Município de Rio Claro (APHRC).</p>	R\$ _____

O orçamento DEVERÁ ser preenchido em impresso próprio da interessada podendo ser entregue pessoalmente na sede do Arquivo Público e Histórico do Município de Rio Claro (APHRC), localizado nos pavilhões de números 11 e 12, do Núcleo Administrativo Municipal (NAM), situado à Rua 06, nº 3.265, bairro Alto do Santana, na cidade de Rio Claro/SP, ou encaminhado via e-mail [compras@aphrioclaro.sp.gov.br](mailto:compras@aphrioclaro.sp.gov.br), aos cuidados de Carolina Hirai Suzuki, devendo conter todas as informações acima solicitadas, sob pena de desconsideração da presente coleta.

Rio Claro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Proponente

\_\_\_\_\_  
Nome do responsável pelo preenchimento

CPF/MF ou CNPJ/MF. \_\_\_\_\_