

**SOLICITAÇÃO DE ORÇAMENTO**

<b>Contato:</b>	Renato Araujo	<b>Fone:</b>	(62) 3201-9495	<b>WhatsApp:</b>	(62) 9 8248-0073
<b>e-mail:</b>	<a href="mailto:renato.silva@ovg.org.br">renato.silva@ovg.org.br</a>			<b>PROCESSO Nº</b>	202400058003834

Esta solicitação é válida até o dia: **19/09/2024** - podendo ser prorrogado (acompanhar pela Plataforma HUMA e site OVG)**ÁREA FORNECEDOR****Por favor, encaminhar com as seguintes informações:**

<b>Nome Fantasia:</b>					
<b>Razão Social:</b>					
<b>CNPJ.:</b>		<b>Inscrição Estadual:</b>			
<b>Contato:</b>		<b>Inscrição Municipal:</b>			
<b>Fone:</b>		<b>e-mail:</b>			
<b>Celular:</b>		<b>Outros:</b>			
<b>End.:</b>					<b>CEP.:</b>
<b>Banco:</b>		<b>Agência:</b>		<b>Conta:</b>	

**Importante: Os dados BANCÁRIOS são necessários tanto no ORÇAMENTO quanto na NOTA FISCAL, pois a partir de agora só realizaremos pagamento por meio de depósito bancário.****DO OBJETO :** Trata-se de contratação de empresa especializada em Seguros de Acidentes Pessoais Coletivo para os beneficiários(as) do Programa Universitário do Bem - PROBEM, sob demanda, por um período de 12 (doze) meses, conforme condições constantes no Termo de Referência Nº Nº 094/2024 - CPAS-GPCOM / CGBE-GPROBEM.**ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DO OBJETO**

- a) o grupo a ser segurado é constituído por beneficiários(as) do Programa Universitário do Bem (PROBEM), da Organização das Voluntárias de Goiás (OVG), com idade de até 70 (setenta) anos, devidamente matriculados em Instituições de Ensino Superior cadastradas junto ao Programa, que serão informados mensalmente por relação nominal, CPF, data de nascimento e sexo, os quais devem ser incluídos na Apólice de Seguro;
- b) o grupo segurado durante a vigência do seguro terá a média estimada de 192.000 (cento e noventa e dois mil) beneficiários(as) ao ano. Portanto, deve-se considerar o quantitativo mensal de até 16.000 (dezesesseis mil) vidas, sob demanda;
- c) a contratação de seguro de acidentes pessoais coletivo deverá possuir as seguintes garantias: morte do beneficiários(as) (acidental) e invalidez permanente total ou parcial por acidente;
- d) o capital segurado é uniforme para todos os segurados no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

**DAS COBERTURAS**

<b>UNIFORME</b>	<b>GRUPO: BENEFICIÁRIOS(AS)</b>
<b>Adesão</b>	<b>Automática</b>

**DESCRIÇÃO**

<b>Custeio</b>	<b>Não Contributário</b>
----------------	--------------------------

**COBERTURAS E LIMITES**

<b>SEGURADO PRINCIPAL</b>	<b>%</b>	<b>LIMITE MÁXIMO DE CAPITAL</b>
<b>MA – Morte Acidental</b>	<b>100</b>	<b>R\$ 10.000,00</b>
<b>IPA - Invalidez Permanente Total ou Parcial p/ Acidente</b>	<b>100</b>	<b>Até R\$ 10.000,00</b>

<b>VALOR GLOBAL DO SEGURO</b> ----->	<b>R\$</b>	<b>-</b>
--------------------------------------	------------	----------

**OBSERVAÇÕES DOS ITENS****FAVOR ATENTAR-SE ÀS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO TERMO DE REFERÊNCIA E EDITAL (ANEXADOS A ESTE)**

O contratado deverá iniciar a prestação de serviços imediatamente após a contratação, pelo período de 12 (doze) meses, observando-se as condições do Termo de Referência. A cobertura do seguro para cada segurado terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia da sua inclusão na Apólice.

**IMPORTANTE:** A Apólice deverá ser entregue na Organização das Voluntárias de Goiás -OVG, sito à Praça Dr. Pedro Ludovico Teixeira, nº 26 (Antiga Chefatura de Polícia – Praça Cívica) Setor Sul, Goiânia - GO, aos cuidados da Diretoria de Programas para Juventude (DIJUV) e, em avanço, ao correio eletrônico: [gestão.bolsasdeestudos@ovg.org.br](mailto:gestão.bolsasdeestudos@ovg.org.br).

**DO PAGAMENTO:** O pagamento será efetuado mensalmente, até o vigésimo quinto dia do mês subsequente ao vencido, mediante a apresentação da Nota Fiscal/Fatura ou boleto, sem erros/inconsistências e em conformidade com a quantidade de beneficiários(as) segurados no mês anterior ao vencimento, com o ateste do gestor. Deverá conter na Nota Fiscal/Fatura ou boleto todos os dados contratuais e o objeto do contrato a ser firmado.

