

**PROIMAGEM SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA**  
**27.380.663/0002-16**



**PROPOSTA REGISTRADA**

**Dados do Processo**

Município: Meruoca / CE

Unidade gestora: Fundo Municipal de Saude

Número do processo: 0102.01/2024

Modalidade: Pregão Eletrônico

Número do certame: 0102.01/2024

Data da abertura: 20/03/2024 às 10:00

**Dados do Fornecedor**

Razão social: PROIMAGEM SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA

Telefone: \*\*\*\* / 88988454224

CNPJ/MF: 27.380.663/0002-16

E-mail: EMPRESAPROIMAGEM@HOTMAIL.COM

Endereço: CORONEL LUCIO, 221, CENTRO, Crateús / CE - CEP: 63.700-061

**PROIMAGEM SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA**  
**27.380.663/0002-16**



**Dados das Declarações**

**DECLARAÇÃO DE COTA DE APRENDIZAGEM**

**SIM**

Declaro sob as penas da Lei, que cumpro a cota de aprendizagem nos termos estabelecidos no art. 429 da CLT.

**DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO DISPOSTO DO INCISO XXXIII DO ART 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL**

**SIM**

Declaro para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprego menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprego menor de 16 (dezesesseis) anos, salvo menor, a partir de 14 (quatorze) anos, na condição de aprendiz, nos termos do inciso XXXIII, do art. 7º da Constituição Federal.

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS**

**SIM**

Declaro sob as penas da lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para a minha habilitação no presente processo licitatório, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

**DECLARAÇÃO DE NÃO TRABALHO FORÇADO E DEGRADANTE**

**SIM**

Declaro que não possuo, em minha cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inc. III do art. 5º da Constituição Federal.

**DECLARAÇÃO QUE CUMPRE PLENAMENTE OS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO**

**SIM**

Declaro que estou ciente e concordo com as condições contidas no edital e seus anexos, bem como de que cumpro plenamente os requisitos de habilitação definidos no edital.

**DECLARAÇÃO RESERVA DE CARGOS**

**SIM**

Declaro que, conforme disposto no art. 93 a Lei nº 8.123, de 24 de julho de 1991, estou ciente do cumprimento da reserva de cargos prevista em lei para pessoas com deficiência ou para reabilitado da Previdência Social e que, se aplicado ao número de funcionários da minha empresa, atendo as regras de acessibilidade nos termos estabelecidos no art. 429 da CLT.

**DECLARAÇÃO DE ME/EPP**

**SIM**

Declaro, sob as penas da Lei, que cumpro os requisitos estabelecidos no Art. 3º da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, alterada pela Lei nº 11.488, de 15 de junho de 2007, em seu Art. 34, que essa Empresa/Cooperativa está apta a usufruir do tratamento favorecido estabelecido nos artigos 42 ao 49 da referida Lei Complementar.

**PROIMAGEM SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA**  
**27.380.663/0002-16**



**Dados da Proposta de Preços:**

**Exames**

**1 - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA**

Especificação: ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA

Quantidade: 150,0

Unidade: Unidade

Valor unitário: R\$ 251,00

Valor total: R\$ 37.650,00

Fabricante/Marca: --

Modelo: --

Valor de referência: --

**2 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA**

Especificação: ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

Quantidade: 100,0

Unidade: Unidade

Valor unitário: R\$ 309,00

Valor total: R\$ 30.900,00

Fabricante/Marca: --

Modelo: --

Valor de referência: --

**3 - MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)**

Especificação: MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)

Quantidade: 50,0

Unidade: Unidade

Valor unitário: R\$ 176,00

Valor total: R\$ 8.800,00

Fabricante/Marca: --

Modelo: --

Valor de referência: --

Valor total - Exames: R\$ 77.350,00 - (setenta e sete mil, trezentos e cinquenta reais)

Valor geral da proposta: R\$ 77.350,00 (setenta e sete mil, trezentos e cinquenta reais)

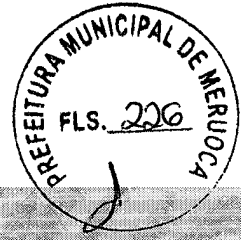
**Validade da Proposta**

Proposta válida por: 60 dias

**Dados de Registro da Proposta**

Data de finalização do registro da proposta: 18 de Março de 2024 às 17:30

**PROIMAGEM SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA**  
**27.380.663/0002-16**



**Dados do Usuário:**

Usuário logado como: PROIMAGEM

E-mail: EMPRESAPROIMAGEM@HOTMAIL.COM

CPF/MF: 27.380.663/0002-16



Documento assinado digitalmente

ARISTIDES MEMORIA TAUMATURGO NETO

Data: 19/03/2024 15:39:19-0300

Verifique em <https://validar.it.gov.br>