

## PROPOSTA REGISTRADA

### Dados do Processo

**Município:** Itapipoca / CE **Unidade gestora:** Secretaria da Cultura  
**Número do processo:** 00020.20240823/0002-06 **Modalidade:** Pregão Eletrônico  
**Número do certame:** 24.20.03-PE **Data da abertura:** 26/11/2024 às 10:00

### Dados do Fornecedor

**Razão social:** SHOPPING MEDIC EIRELI **Telefone:** (88) 9738-4888 / (85) 9254-7636  
**CNPJ/MF:** 41.794.219/0001-97 **E-mail:** licita@shoppingmedic.net  
**Endereço:** VICENTE SIEBRA, 2845, DAS FLORES, Itapipoca / CE - CEP: 62.504-142

### Dados das Declarações

**DECLARAÇÃO DE ANEXAÇÃO DE DOCUMENTOS** **SIM**

Declaro sob as penas da lei, que anexe todos documentos solicitado para a minha habilitação no presente processo licitatório, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

**Declaração de conhecimento de informações** **SIM**

Declaração do fornecedor atestando que conhece todas as informações e condições locais para o cumprimento das obrigações objeto da contratação.

**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 VI do art. 68 da Lei nº 14.133, de abril de 2021, 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.



## SHOPPING MEDIC EIRELI 41.794.219/0001-97



### 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 DE RESERVA DE CARGOS

**SIM**

Declaro, para os devidos fins de qualificação no certame licitatório conforme estabelecido no inciso IV do art. 63 da Lei nº 14.133/2021, que ESTAMOS DESOBRIGADO a reservar percentual de seus cargos para pessoas com deficiência ou beneficiários reabilitados pela Previdência Social, tendo em vista o não enquadramento na hipótese legal prevista no art. 93, caput, da Lei nº 8.213 de 1991. Segundo o Art. 93, caput, da Lei nº 8.213/91, a obrigatoriedade de preenchimento de cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência é aplicável exclusivamente a empresas que contam com 100 ou mais empregados. Afirmamos nosso compromisso contínuo com a promoção da inclusão e a manutenção de práticas de equidade no ambiente de trabalho, sempre em conformidade com a legislação aplicável. Esta declaração é fornecida com plena consciência das suas implicações legais e assegura a precisão e a veracidade das informações apresentadas.

### DECLARAÇÃO ENQUADRAMENTO ME/EPP

**SIM**

Declaramos que, no ano-calendário de realização do certame licitatório, ainda não celebramos contratos com a Administração Pública cujos valores somados extrapolem a receita bruta máxima admitida para fins de enquadramento como empresa de pequeno porte.

### 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 8.213, 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.

### Dados da Proposta de Preços:

Valor geral da proposta: R\$ 0,00 (zero reais)



**SHOPPING MEDIC EIRELI**  
**41.794.219/0001-97**

**Validade da Proposta**

Proposta válida por: 60 dias

**Dados de Registro da Proposta**

Data de finalização do registro da proposta: 19 de Novembro de 2024 às 10:25

**Dados do Usuário:**

Usuário logado como: SHOPPING

E-mail: [diretoria@shoppingmedic.net](mailto:diretoria@shoppingmedic.net)

CPF/MF: 41.794.219/0001-97