

LOCMED HOSPITALAR LTDA
04.238.951/0001-54

PROPOSTA REGISTRADA

Dados do Processo

Município: Itapipoca / CE **Unidade gestora:** Fundo Municipal de Saude
Número do processo: 00011.20240927/0001-42 **Modalidade:** Dispensa Eletrônica
Número do certame: 24.11.03-DP **Data da abertura:** 01/11/2024 às 08:30

Dados do Fornecedor

Razão social: LOCMED HOSPITALAR LTDA **Telefone:** (85) 3033-2727 / (85) 9125-7688
CNPJ/MF: 04.238.951/0001-54 **E-mail:** licitacao@locmed.com.br
Endereço: Rua Herbene, 425, Messejana, Fortaleza / CE - CEP: 60.842-120

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.

LOCMED HOSPITALAR LTDA
04.238.951/0001-54

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

NÃO

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

NÃO

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.

LOCMED HOSPITALAR LTDA
04.238.951/0001-54

Dados da Proposta de Preços

3 - Cama Hospitalar

Especificação: CAMA HOSPITALAR, MATERIAL: AÇO CARBONO, TIPO: MANIVELAS ESCAMOTEÁVEIS, RODAS: SEM RODÍZIOS, PÉS FIXO, COMPRIMENTO: ATÉ 2,10, LARGURA: CERCA DE 0,80, ALTURA: CERCA DE 0,80. CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS: MANUAL E ARTICULADA NA CABECEIRA, JOELHO E PERNAS, COM GRADES DE PROTEÇÃO LATERAIS. MARCA/FABRICANTE: SANTA CLARA. MODELO: CAMA HOSPITALAR MANUAL. ANVISA: 80413280006

Quantidade: 1,0

Unidade: Unidade

Valor ofertado: R\$ 3.046,00

Valor total: R\$ 3.046,00

Fabricante/Marca: SANTA CLARA

Modelo: CAMA HOSPITALAR MANUAL

Valor de referência: R\$ 3.046,30

6 - CADEIRA DE RODAS POSTURAL MONOBLOCO COM TILT

Especificação: ESPECIFICAÇÕES: CINTO TORÁXICO COM DE PONTAS, APOIO DE CABEÇA REMOVÍVEL, ESTRUTURA DO QUADRO MONOBLOCO, ASSENTO ANATÔMICO, ENCOSTO/POSIÇÃO TILT, APOIO PARA OS PÉS REMOVÍVEL/ESCAMOTIÁVEL, RODAS DIANTEIRAS PNEU MACIÇO 7", RODAS TRASEIRAS PNEU INFLÁVEL 16". MEDIDAS DO PACIENTE: APOIO DA CABEÇA 45cm, LARGURA DO ASSENTO 35cm, PROFUNDIDADE DO ASSENTO 35cm, ALTURA DO APOIO DOS PÉS 18cm, TAMANHO DO APOIO DE PÉS 13cm, ALTURA DO ENCOSTO 30cm, ESQ/H DIR ALTURA DO ENCOSTO 25cm, LARGURA DO ENCOSTO 35cm, ALTURA DOS APOIOS DO BRAÇOS 13cm. SEGUE FICHA DE PRESCRIÇÃO DE CADEIRA DE RODAS DO PACIENTE ANEXA AO TERMO DE REFERÊNCIA. MARCA/FABRICANTE:ORTOBRÁS.MODELO:CONFORMA TILT.ANVISA: 80118040003

Quantidade: 1,0

Unidade: Unidade

Valor ofertado: R\$ 4.613,00

Valor total: R\$ 4.613,00

Fabricante/Marca: ORTOBRAS

Modelo: CONFORMA TILT

Valor de referência: R\$ 4.613,06

Total geral da proposta: R\$ 7.659,00 (sete mil, seiscentos e cinquenta e nove reais)

Validade da Proposta

Proposta válida por: 60 dias

Dados de Registro da Proposta

Data de finalização do registro da proposta: 31 de Outubro de 2024 às 17:51

Dados do Usuário:

Usuário logado como: BRUNO AQUINO

E-mail: licitacao@locmed.com.br

CPF/MF: 621.118.683-53



LOCMED HOSPITALAR LTDA
04.238.951/0001-54