

PROPOSTA REGISTRADA

Dados do Processo

Município: Russas / CE

Número do processo: 00009.20240508/0001-28

Número do certame: 001.01.07.2024-SEMUS

Unidade gestora: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Modalidade: Pregão Eletrônico

Data da abertura: 16/07/2024 às 09:00

Dados do Fornecedor

Razão social: MAISVIDA DISTRIBUIDORA DE MATERIAL MEDICO HOSPITALAR LTDA

CNPJ/MF: 44.205.333/0001-22

Endereço: Rua Homem de Melo, 499, Messejana, Fortaleza / CE - CEP: 60.841-605

Telefone: (85) 3252-6545 / (85) 8532-4983

E-mail: maisvida.licitacao@gmail.com

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 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 (dezesseis) 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

NÃO

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 8.213, 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)

44.205.333/0001-22

Validade da Proposta

Proposta válida por: 60 dias



Dados de Registro da Proposta

Data de finalização do registro da proposta: 8 de Julho de 2024 às 15:37

Dados do Usuário:

Usuário logado como: MaisVida Distribuidora

E-mail: potiguardisthospitales@gmail.com

CPF/MF: 44.205.333/0001-22