**ANEXO II**

**MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS PARA EMPRESAS VENCEDORAS**

**PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 009/2025  
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 009/2025**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DA PROPONENTE:** | | | | | |
| **NOME DE FANTASIA:** | | | | | |
| **RAZÃO SOCIAL:** | | | | | |
| **CNPJ:**  **INSC. EST:** | | | **OPTANTE PELO SIMPLES? ( ) SIM ( ) NÃO**  **CAMPO OBRIGATÓRIO** | | |
| **INSC. EST:** | | | | | |
| **ENDEREÇO:** | | | | | |
| **BAIRRO:** | | | **CIDADE:** | | |
| **CEP:** | | | **E-MAIL:** | | |
| **TELEFONE:** | | | **FAX:** | | |
| **BANCO:** | | | **CONTA BANCÁRIA:** | | |
| NOME E Nº DA AGÊNCIA: | | | | | |
| ITEM | LOTE | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | QUANT.  TOTAL | VALOR  MÁXIMO UNIT. | **VALOR**  **MÁXIMO TOTAL**  (12 MESES) |
|  |  |  |  |  |  |

**1. DECLARAÇÃO DE INCLUSÃO DE DESPESAS:**

Pelo presente instrumento, **DECLARO** que o valor orçado abrange todas as despesas relacionadas à mão de obra, incluindo, mas não se limitando, a todos os tributos e encargos fiscais, sociais, trabalhistas, previdenciários e comerciais, bem como todos os custos de transporte e entrega do objeto proposto.

**VALIDADE DA PROPOSTA: 60 (SESSENTA) DIAS.**

**2. OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:**

1. **CRITÉRIOS DE DESCLASSIFICAÇÃO**: Serão desclassificadas as propostas que apresentarem cotações contendo preços excessivos, simbólicos, de valor zero ou inexequíveis, conforme disposto na legislação vigente. Ademais, serão rejeitadas aquelas que ofertarem preços ou vantagens baseadas nas propostas de outros licitantes.
2. **PROPOSTA ELETRÔNICA**: É imperativo que a proposta eletrônica não contenha qualquer identificação da empresa licitante, sob pena de desclassificação.
3. **PRAZO DE SUBMISSÃO**: A proposta deverá ser submetida exclusivamente por meio do site do Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT, observando rigorosamente o dia e horário estipulados neste Edital.

LOCAL E DATA.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA EMPRESA**

(NOME LEGÍVEL/CARGO)

**ANEXO III**

**MODELO DE DECLARAÇÃO UNIFICADA**

**PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 009/2025  
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 009/2025**

Ao Pregoeiro 2025 e equipe de apoio;

Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT

Pelo presente instrumento, a empresa [**NOME DA EMPRESA**], **CNPJ** **N**º [**NÚMERO DO CNPJ**], com sede na [**ENDEREÇO COMPLETO**], através de seu representante legal infra-assinado, que:

( ) Declara, sob as penas do ***ARTIGO 299*** do Código Penal, que se enquadra na situação de microempresa, empresa de pequeno porte ou cooperativa, nos termos da ***LEI COMPLEMENTAR Nº 123/06***, alterada pela ***LEI COMPLEMENTAR Nº 147/14,*** bem assim que inexistem fatos supervenientes que conduzam ao seu desenquadramento desta situação.

***(X) - MARCAR ESTE ITEM CASO SE ENQUADRE NA SITUAÇÃO DE MICROEMPRESA, EMPRESA DE PEQUENO PORTE OU COOPERATIVA*.**

1. Declaramos, para os fins do disposto no inciso ***XXXIII DO ART. 7º*** da Constituição Federal, não empregamos menores de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e nem menores de dezesseis anos, em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir dos quatorze anos de idade.
2. Declaramos, em conformidade com a ***LEI N. º 14.133 DE 2021***, que cumprimos todos os requisitos para habilitação para este certame licitatório no Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT– **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 009/2025.**
3. Declaramos, para os fins que até a presente data inexistem fatos supervenientes impeditivos para habilitação no presente **PROCESSO ADMINISTRATIVO**, estando ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.
4. Declaramos, para os fins que a empresa não foi declarada inidônea por nenhum órgão público de qualquer esfera de governo, estando apta a contratar com o poder público.
5. Declaramos, para os devidos fins que não possuímos em nosso quadro societário e de empregados, servidor ou dirigente de órgão ou entidade contratante ou responsável pela licitação.
6. Declaramos, que cumpriremos os prazos de entrega/execução dos materiais/serviços, conforme solicitado pela requisitante do Edital de **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 009/2025.**
7. Comprometemos a manter durante a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.
8. Declaramos, para os devidos fins de direito, na qualidade de Proponente dos procedimentos licitatórios, instaurados por este Consórcio, que o (a) [**NOME DA EMPRESA**], responsável legal da empresa é o (a) Sr. (a) [**NOME DO RESPONSÁVEL**] Portador (a) do RG sob nº [**NÚMERO DO RG**] e CPF nº [**NÚMERO DO CPF**], cuja função/cargo é [**NOME DA FUNÇÃO**] (sócio administrador / procurador / diretor / etc), responsável pela assinatura da Ata de Registro de Preços / Contrato.
9. Declaramos, para os devidos fins que em caso de qualquer comunicação futura referente e este **PROCESSO ADMINISTRATIVO**, bem como em caso de eventual contratação, concordo que a Ata de Registro de Preços/Contrato seja encaminhado para o seguinte endereço:

**E-MAIL:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TELEFONE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Caso altere o citado e-mail ou telefone comprometo-me em protocolizar pedido de alteração junto ao Sistema de Protocolo do Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT, sob pena de ser considerado como intimado nos dados anteriormente fornecidos.
2. Nomeamos e constituímos o senhor (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador (a) do CPF/MF sob n. º\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para ser o (a) responsável para acompanhar a execução da **ATA DE REGISTRO DE PREÇOS/CONTRATO**, referente ao **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 009/2025** e todos os atos necessários ao cumprimento das obrigações contidas no instrumento convocatório, seus Anexos e na Ata de Registro de Preços/Contrato.

LOCAL E DATA.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA EMPRESA**

(NOME LEGÍVEL/CARGO)

**ANEXO IV**

**MODELO DE DECLARAÇÃO**

DECLARAÇÃO RELATIVA À TRABALHO DE MENORES

Os licitantes que tiverem menores de 16 (dezesseis) anos como aprendizes devem declarar essa situação de forma expressa, apresentando documento com:

Eu, [**NOME DO RESPONSÁVEL**], brasileiro, [**ESTADO CIVIL**], portador do CPF nº [**NÚMERO DO CPF**], na qualidade de [**CARGO DO RESPONSÁVEL**] da empresa [**NOME DA EMPRESA**], inscrita no CNPJ sob o nº [**NÚMERO DO CNPJ**], com sede à [**ENDEREÇO COMPLETO**], venho, por meio deste, declarar, para os devidos fins legais, que:

Em conformidade com a legislação vigente, informo que a empresa em questão possui menores de 16 (dezesseis) anos na condição de aprendizes. Todos os menores estão devidamente registrados e observam as normas de aprendizagem estabelecidas pela legislação pertinente.

Esta declaração é apresentada em atenção à exigência de declaração expressa, conforme estipulado nas diretrizes do processo licitatório em que a empresa se encontra ou se encontrará.

**O NÃO CUMPRIMENTO RESULTARÁ EM DESCLASSIFICAÇÃO E SANÇÕES ADMINISTRATIVAS. LICITANTES SEM MENORES DEVEM APRESENTAR DECLARAÇÃO NEGATIVA.**

***"SOLICITA-SE QUE A ELABORAÇÃO DA DECLARAÇÃO SEJA REALIZADA PREFERENCIALMENTE EM PAPEL TIMBRADO."***

LOCAL E DATA.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA EMPRESA**

(NOME LEGÍVEL/CARGO)

**ANEXO VII**

**FICHA CADASTRAL**

**PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 009/2025  
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 009/2025**

**OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESAS ESPECIALIZADAS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, ABRANGENDO TRATAMENTO, EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS NAS ÁREAS DE GASTROENTEROLOGIA E MEDICINA HIPERBÁRICA, EMISSÃO E INTERPRETAÇÃO DE LAUDOS DE RAIO X, EXAMES DE RAIO X EM GERAL, ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER EM GERAL, ANGIOTOMOGRAFIA E ANGIORESSONÂNCIA EM GERAL, RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM (TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS E RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS ADULTOS E INFANTIS) E MEDICINA NUCLEAR (CINTILOGRAFIAS), DESTINADOS A ATENDER À DEMANDA DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES, COM A POSSIBILIDADE DE PRORROGAÇÃO EM CONFORMIDADE COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE,”** de acordo com o Termo de Referência e demais condições estabelecidas no Edital e seus anexos.

1. DADOS DA EMPRESA

|  |  |
| --- | --- |
| RAZÃO SOCIAL: | |
| NOME FANTASIA: | |
| CNPJ: | INSCRIÇÃO ESTADUAL: |
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL: | OPTANTE PELO SIMPLES: ( ) SIM ( ) NÃO  CAMPO OBRIGATÓRIO |
| ENDEREÇO COMPLETO: | |
| CEP: | CIDADE/ESTADO: |
| TELEFONES (INFORMAR PELO MENOS 2 TELEFONES PARA CONTATO): | |
| E-MAIL: | |

**2. MARQUE QUAL A CLASSIFICAÇÃO DA EMPRESA:**

1. MICROEMPRESA ( )
2. EMPRESA DE PEQUENO PORTE ( )
3. EMPREENDEDOR INDIVIDUAL ( )
4. OUTROS ( ). QUAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. TIPO DA EMPRESA:**

1. ( ) INDIVIDUAL
2. ( ) LTDA
3. ( ) S/A
4. ( ) EIRELI
5. ( ) OUTROS. QUAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. DADOS DOS SÓCIOS CONSTANTES NO CONTRATO SOCIAL: (É OBRIGATÓRIO A INFORMAÇÃO DE NO MÍNIMO 02 SÓCIOS EXCETO QUANDO FOR EMPRESA INDIVIDUAL).**

**NOME COMPLETO:**

**CPF:**

**DATA DO REGISTRO DO CONTRATO NA JUNTA COMERCIAL:**

**NOME COMPLETO:**

**CPF:**

**DATA DO REGISTRO DO CONTRATO NA JUNTA COMERCIAL:**

5. DADOS BANCÁRIOS: (É OBRIGATÓRIO QUE A CONTA ESTEJA EM NOME DA EMPRESA PARTICIPANTE)

|  |  |
| --- | --- |
| BANCO: | |
| AGÊNCIA: | CONTA: |

6. DADOS DO REPRESENTANTE QUE ATUARÁ NA SESSÃO:

|  |  |
| --- | --- |
| NOME COMPLETO: | |
| RG: | CPF: |

7. DADOS DA PESSOA RESPONSÁVEL QUE ASSINARÁ O CONTRATO CASO A EMPRESA SEJA VENCEDORA:

|  |  |
| --- | --- |
| NOME COMPLETO: | |
| CARGO: | |
| ESTADO CIVIL: | |
| RG: | ÓRGÃO EXPEDIDOR/UF: |
| CPF: | |
| ENDEREÇO COMPLETO: | |
| CIDADE/ESTADO: | CEP: |
| TELEFONES: | E-MAIL: |

LOCAL E DATA.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA EMPRESA**

(NOME LEGÍVEL/CARGO)

**"OBSERVA-SE QUE É IMPRESCINDÍVEL O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE. A NÃO OBSERVÂNCIA DESSA EXIGÊNCIA POR PARTE DA EMPRESA IMPLICARÁ NA ADOÇÃO DE MEDIDAS PELO PREGOEIRO, QUE DETERMINARÁ O DEVIDO PREENCHIMENTO NO MOMENTO DA HABILITAÇÃO."**