

	<p><b>HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE DE SÃO VICENTE DE PAULO</b>  CNPJ 21.320.064/0001-40  AV. 3, N.º 196 – CENTRO – ITUIUTABA MG - CEP: 38300-160  FONE: 34 – 3271-7200 - E-MAIL: <a href="mailto:hsj.ssvp@gmail.com">hsj.ssvp@gmail.com</a>  Site: <a href="http://www.hospitalsaojose.org.br">www.hospitalsaojose.org.br</a></p>	
--	---	--

## COTAÇÃO PRÉVIA DE PREÇOS Nº 0706-2024

O Hospital São José da Sociedade de São Vicente de Paulo, entidade privada sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ nº 21.320.064/0001-40, situada à Avenida Três nº 196 – Bairro: Centro – Ituiutaba-MG, torna público, para conhecimento dos interessados, que fará realizar Cotação Prévia de Preço, no âmbito do Convênio nº 06/2022, celebrado com o Município de Ituiutaba, objetivando a aquisição de equipamentos e material permanente de acordo com a Resolução SES -MG nº 7587 de 01/07/2021.

Esta Cotação Prévia de Preços será executada obedecendo as disposições contidas na Lei Complementar n. 141/12; na Lei Federal n. 8.080/90; na Lei Federal n. 8.142/90; na Lei n. 14.133/21; no Decreto Estadual n. 48.600/23 e na Resolução SES n. 8.691/23, bem como as condições estabelecidas nesta Cotação e seus anexos.

### 1. OBJETIVO

Aquisição de Equipamentos/ Materiais Permanentes para o Hospital São José da Sociedade de São Vicente de Paulo, conforme especificação técnica, apresentada neste Edital.

### 2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

A aquisição visa cumprir o objeto do Convênio nº. 06/2022, celebrado entre o Município de Ituiutaba e o Hospital São José da Sociedade de São Vicente de Paulo.

### 3-DA ENTREGA DA PROPOSTA E DOCUMENTAÇÃO

3.1 A proposta deverá ser digitada em papel timbrado da empresa, sem emendas, rasuras ou entrelinhas, conter data, nome fantasia, razão social, CNPJ, nome do representante da empresa e deverá ser assinada.

3.2 **DEVERÁ CONSTAR A DESCRIÇÃO TÉCNICA COMPLETA DO EQUIPAMENTO, IMAGEM DO EQUIPAMENTO, MARCA E MODELO.**

3.3 Todos os valores da proposta deverão vir expressos em moeda nacional corrente, com apenas duas casas decimais e com validade não inferior a 30 ( trinta) dias.

3.4 **NÃO SERÃO ACEITAS PROPOSTAS CÓPIAS DO DESCRITIVO DO EDITAL.**

3.5 A proposta e documentação deverão ser enviadas por e-mail a partir do dia **10/10/2024 até o dia 14/10/2024** para o endereço eletrônico: [compras@hospitalsaojose.org.br](mailto:compras@hospitalsaojose.org.br)

3.6. **SERÁ CONSIDERADO GANHADOR DO PROCESSO, O FORNECEDOR QUE APRESENTAR MENOR PREÇO E ATENDER AOS REQUISITOS TÉCNICOS DOS EQUIPAMENTOS.**

3.7. **O FORNECEDOR GANHADOR DEVERÁ APRESENTAR A SEGUINTE DOCUMENTAÇÃO :**





**HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE DE  
SÃO VICENTE DE PAULO**  
CNPJ 21.320.064/0001-40  
AV. 3, N.º 196 – CENTRO – ITUIUTABA MG - CEP: 38300-160  
FONE: 34 – 3271-7200 - E-MAIL: [hsj.ssvp@gmail.com](mailto:hsj.ssvp@gmail.com)  
Site: [www.hospitalsaojose.org.br](http://www.hospitalsaojose.org.br)



- Comprovante de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;
- Contrato Social ou Estatuto em vigor, devidamente registrado na Junta Comercial;
- Ato Constitutivo e último aditivo registrado na Junta comercial acompanhado de documento de eleição de seus administradores, em caso de Sociedade por ações.
- Documento de Identidade e CPF do Representante legal da Empresa;
- Procuração **com firma reconhecida em Cartório**, em caso de representante, acompanhada de Documento de Identidade e CPF do mesmo;
- Certidão Negativa de FGTS;
- Certidão Negativa de Receita Federal do Brasil;
- Certidão Negativa de Receita Estadual;
- Certidão Negativa de Receita Municipal;
- Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
- Certidão Negativa de Falência ou recuperação judicial expedida pelo distribuidor ou pelos cartórios de registro de falência ou recuperação judicial da sede da empresa participante;
- **Declaração de comprovação do Serviço de Assistência Técnica;**
- **Declaração de Inexistência de Empregado Menor** – Anexo I;
- **Declaração de Inexistência de Fatos Impeditivos** para contratar com o Poder Público; - Anexo II;
- Manual Técnico do equipamento;
- Registro na Anvisa ;

Os documentos listados deverão ser originais e legíveis já que serão todos encaminhados por e-mail.

#### 4. DAS ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DO EQUIPAMENTO E VALOR APROVADO NO TERMO DE REFERÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Item	Nome do Item	Quantidade
1	<b>Monitor Multiparâmetros</b>	<b>03</b>
	Valor Unitário aprovado pela Resolução SES-MG nº 7587 de 01/07/2021	<b>R\$ 17.247,00</b>
	Valor Total	<b>R\$ 51.741,00</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitor Multiparamétrico para uso em pacientes adultos, pediátricos e neonatais com os parâmetros de ECG, Respiração, Temperatura, PNI, SPO2 e Pressão Invasiva;</li><li>• Tela de cristal líquido colorida (LCD) touchscreen e seletor giratório (knob), mínimo de 12 polegadas; resolução mínima de 1200 x 768;</li><li>• Pelo menos 8 (oito) canais ; Deve possuir memória de armazenamento de tendências gráficas e tabulares para, pelo menos, 96 (noventa e seis) horas e com possibilidade futura de até 180 horas, além de possuir memória de eventos de alarmes;</li><li>• Deve possuir alarmes audiovisuais com 3 níveis de prioridade de alarme (alta, média e baixa) ajustáveis pelo operador.</li><li>• Alarmes visuais e sonoros para os parâmetros medidos (limites máximos e mínimos) programáveis pelo operador.</li><li>• Alarmes funcionais (sensor, bateria, falta de energia elétrica, entre outros).</li></ul>	



**HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE DE  
SÃO VICENTE DE PAULO**

CNPJ 21.320.064/0001-40

AV. 3, N.º 196 – CENTRO – ITUIUTABA MG - CEP: 38300-160

FONE: 34 – 3271-7200 - E-MAIL: [hsj.ssvp@gmail.com](mailto:hsj.ssvp@gmail.com)

Site: [www.hospitalsaojose.org.br](http://www.hospitalsaojose.org.br)



- Deve permitir a conexão em rede através de protocolo TCP/IP com conector do tipo RJ 45
- Funcionamento em rede elétrica 110/220V bivolt automático.
- Possibilidade de uso de leitor de código de barras;
- Alimentação à bateria interna (não modular) de lítio por no mínimo 240 minutos.
- Indicação visual no display do equipamento que indique o estado da bateria, bem como se o equipamento está funcionando pela rede elétrica ou bateria.
- Proteção contra descarga e interferência de desfibrilador e bisturi eletrônicos.
- Detecção e rejeição automática de marca-passo.
- Deverá possuir escala de coma de Glasgow;
- Possibilidade de conexão bidirecional com a Central de Monitoração e integração com o Sistema do Hospital pelo protocolo HL7, diretamente no monitor ou através da Central de Monitoração.
- A central deverá possuir registro próprio na ANVISA e contar o número do registro em proposta.
- Deve possuir índice de proteção IPX1 ou superior.

**Parâmetros que devem acompanhar o monitor:**

**1. ECG**

- Compatibilidade com cabos de 3 e 5 vias;
- Número de derivações: 7 derivações, (opcional) 12 derivações.
- Faixa de frequência cardíaca: 30 a 300 bpm
- Resolução da medida de FC: 1 bpm;
- Deve permitir a detecção e rejeição automática de pulsos de marcapasso;
- Deve possuir monitorização de Segmento ST em todas as derivações;
- Deve possuir monitorização de Segmento QT e QTc;
- Análise de Arritmias em no mínimo duas derivações simultaneamente, com reconhecimento de 24 ou mais arritmias (letais e não letais), incluindo-se fibrilação atrial.

**2. Respiração**

- Método bioimpedância (ou impedância) torácica
- Faixa de frequência respiratória 4 a 180 rpm.
- Com visualização da onda de respiração, indicação da FR com detecção e alarme de apnéia, em pacientes adultos/pediátricos/neonatais.
- Alarmes visuais e sonoros para os parâmetros de FR (limites máximos e mínimos) programáveis pelo usuário.

**3. Temperatura cutânea:**

- Deve possuir 02 (dois) canais de temperatura;
- Com faixa de medida de 0° a 45°C;
- Deve permitir a medida da temperatura por sensor aderido na pele do paciente, ou através de cavidades;
- Alarmes visuais e sonoros para os parâmetros programáveis pelo operador (limites máximos e mínimos);

**4. Pressão Não Invasiva (PNI):**

- Deve apresentar os valores de Pressão Arterial Sistólica (PAS), Pressão Arterial Diastólica (PAD) e Pressão Arterial Média (PAM);
- Modos de medida: Manual, Automática e STAT;
- Faixa de Medida de: Pacientes Adultos de pelo menos 10 a 250 mmHg / Pediátricos de pelo menos 10 a 230 mmHg / Neonatal de pelo menos 10 a 120 mmHg;
- Intervalo de medidas automática: 1 m a 480 m.
- Frequência: 40 a 260 bpm.
- Deve possuir proteção contrapressão excessiva para tipo de paciente (adulto, pediátrico e neonatal);



**HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE DE  
SÃO VICENTE DE PAULO**

CNPJ 21.320.064/0001-40  
AV. 3, N.º 196 – CENTRO – ITUIUTABA MG - CEP: 38300-160  
FONE: 34 – 3271-7200 - E-MAIL: [hsj.ssvp@gmail.com](mailto:hsj.ssvp@gmail.com)  
Site: [www.hospitalsaojose.org.br](http://www.hospitalsaojose.org.br)



**5. Oximetria (SPO2):**

- Visualização da curva pletismográfica;
- Indicação numérica dos valores de saturação e pulso;
- Indicação numérica e gráfica do índice de perfusão;
- Frequência: 30 a 300 bpm.
- Alarmes visuais e sonoros para os parâmetros de SPO2 e FC (limites máximos e mínimos) programáveis pelo operador;

**6. Pressão Invasiva (PI):**

- 02 (dois) canais de Pressão Invasiva
- Possuir escala manual e automática
- Medição das pressões: Pressão Arterial, Pressão venosa central, Pressão átrio esquerdo, Pressão da artéria pulmonar, Pressão arterial umbilical, Pressão venosa umbilical, Pressão do átrio direito, Pressão intracraniana, Pressão Aórtica
- Frequência: 40 a 260 bpm.
- Faixa de Medida: -10 a 300 mmHg
- Resolução: 1 mmHg

**DEVE ACOMPANHAR CADA EQUIPAMENTO :**

- 2 Cabos de ECG 5 vias Adulto/Pediátrico;
- 1 unidade de Sensor Cutâneo;
- 1 unidade de Mangueira uso Adulto, 1 manguito tamanho adulto , 01 manguito obeso;
- 2 Sensor de SPO2 tipo Clip uso Adulto;
- 1 Bateria.
- 1 ( um) Cabo de alimentação elétrica e demais itens necessários ao bom funcionamento do equipamento ;
- Manual operacional do equipamento em português.
- Garantia de 12 meses para o equipamento contra defeitos de fabricação;

**EXIGÊNCIAS:**

- O equipamento deve possuir registro na ANVISA, e a documentação comprobatória deverá ser apresentada pela empresa vencedora.
- A avaliação técnica do equipamento será realizada com base no manual registrado na ANVISA.
- Deverá ser fornecido sem ônus, treinamento a equipe operacional conforme a necessidade da instituição que receberá o equipamento.

**Total da Cotação : 51.741,00**

Os bens objeto desta cotação devem ser novos. Em hipótese alguma será aceito equipamentos usados ou reconicionados.

**5. DA GARANTIA**

Dentro da vigência da garantia, o fornecedor deve ser responsável por vícios ou defeitos de fabricação, bem como desgastes anormais do equipamento, suas partes e acessórios, obrigando-se a ressarcir os danos e substituir os elementos defeituosos ou o equipamento em si, se for caso, sem ônus à instituição, mesmo após

 <p><b>HSJ</b> HOSPITAL SÃO JOSÉ de São Vicente de Paulo</p>	<p align="center"><b>HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE DE SÃO VICENTE DE PAULO</b></p> <p align="center">CNPJ 21.320.064/0001-40 AV. 3, N.º 196 – CENTRO – ITUIUTABA MG - CEP: 38300-160 FONE: 34 – 3271-7200 - E-MAIL: <a href="mailto:hsj.ssvp@gmail.com">hsj.ssvp@gmail.com</a> Site: <a href="http://www.hospitalsaojose.org.br">www.hospitalsaojose.org.br</a></p>	 <p>Sociedade de São Vicente de Paulo <b>SSVP</b> sciens in spe Brasil</p>
--	--	--

o pagamento. Incluindo na garantia o deslocamento do bem em função de defeito ou funcionamento incorreto.

## 6. DA ASSISTÊNCIA TÉCNICA E MANUTENÇÃO

6.1. O fornecedor deve possuir equipe da assistência técnica ou representante técnico especializado durante o prazo de garantia dos equipamentos . Após o vencimento do prazo de garantia, o fornecedor deve garantir atendimento com qualidade satisfatória e mediante remuneração compatível com os valores de mercado.

6.2 O fornecedor deve assegurar a prestação dos serviços de manutenção preventiva ou corretiva, comprometendo-se a realizá-la em prazo máximo definido, a partir da data de recebimento do pedido da instituição, assumindo o ônus de não computar no período de garantia os prazos excedentes de manutenção dos equipamentos.

6.3 Informar na Proposta, quando for o caso, os custos de partes e peças, em especial, das de vida útil relativamente curta ou que estão sujeitas à esterilização, bem como das partes e peças importadas.

6.4 Assumir qualquer encargo referente a manutenção do bem objeto desse processo, seja de frete , imposto, reposição de peças , etc.

## 7. DO MANUAL DE OPERAÇÃO

O fornecedor, vencedor da cotação, deverá oferecer à instituição todas as informações técnicas em português, necessárias e suficientes, em Papel e ou CD, devendo ser o meio adequado para o recebimento das informações.

## 8. DA INSTALAÇÃO

8.1 A proposta apresentada pelos fornecedores deve conter requisitos mínimos da instalação dos materiais permanentes, necessários para avaliar a adequação das instalações da instituição para recebimento e funcionamento dos mesmos, quando necessário.

## 9 DO CRITÉRIO DE JULGAMENTO DAS PROPOSTAS

Serão desclassificadas as propostas que:

- a) Não atendam às exigências contidas na cotação prévia;
- b) Apresentem descontos excessivos ou manifestamente inexequíveis.
- c) **Não encaminharem a documentação completa solicitada.**
- d) Impuserem condições, oferecerem vantagens ou alternativas não previstas; que tenham interpretação dúbia ou rasuradas; ou, ainda, que contrariem no todo ou em parte a presente Cotação Prévia;



	<p><b>HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE DE SÃO VICENTE DE PAULO</b> CNPJ 21.320.064/0001-40 AV. 3, N.º 196 – CENTRO – ITUIUTABA MG - CEP: 38300-160 FONE: 34 – 3271-7200 - E-MAIL: <a href="mailto:hsj.ssvp@gmail.com">hsj.ssvp@gmail.com</a> Site: <a href="http://www.hospitalsaojose.org.br">www.hospitalsaojose.org.br</a></p>	
--	---	--

e) Apresentarem preços irrisórios ou preços excessivos, manifestamente inexequíveis ou preços incompatíveis com a realidade mercadológica.

9.1 A escolha recairá pela proposta que apresentar **melhor preço**, desde que atendidas as exigências técnicas, deste edital, sobretudo referente a qualidade e compatibilidade aos itens já existentes no hospital.

9.2 Havendo empate entre duas ou mais propostas, as empresas serão convocadas para sorteio, ou, se for o caso, apresentação de proposta de menor preço do que o ofertado anteriormente.

9.3 O resultado da avaliação das propostas será divulgado no site da Instituição: [www.hospitalsaojose.org.br](http://www.hospitalsaojose.org.br).

## 10 DO PRAZO E CONDIÇÕES DE ENTREGA

10.1. A ordem de compra será encaminhada à contratada por e-mail pelo Setor de compras do Hospital São José da SSVP, juntamente com a solicitação de emissão de Nota Fiscal com **prazo de entrega de 20 dias**.

10.2 Nos preços a serem oferecidos deverão estar incluídas todas as despesas diretas e indiretas para o cumprimento do fornecimento, **inclusive referente à entrega no local descrito no preâmbulo deste edital ou seja frete/transporte inclusos bem como tributos e taxas sobre esse incidente.**

## 11 DO PAGAMENTO

11.1 O pagamento será efetuado por meio de transferência bancária, via convênio 06/2022 em conta corrente informada pelo contratado, mediante a apresentação da nota fiscal em até 10 (dez) dias contados do recebimento e instalação do Equipamento, sendo que a nota fiscal deverá especificadamente discriminar objeto e a quantidade efetivamente entregue e o convênio supra informado.

11.2 Eventual rejeição dos equipamentos, móveis e/ou utensílios, por estarem fora das especificações técnicas exigidas ou outro fato desabonador, devidamente justificado, implicará na imediata suspensão do pagamento até que estes bens sejam adequados ao efetivamente proposto e contratado.

11.3 Sendo a nota fiscal/fatura devolvida para correção por parte da Contratada, o prazo para pagamento será de 10 (dez) dias contados a partir da data de sua reapresentação.

11.4 O preço pelo qual será contratado o objeto da presente cotação não sofrerá reajuste.

## 12 - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

12.1 São obrigações da Instituição:

	<p><b><u>HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE DE</u></b>  <b><u>SÃO VICENTE DE PAULO</u></b>  CNPJ 21.320.064/0001-40  AV. 3, N.º 196 – CENTRO – ITUIUTABA MG - CEP: 38300-160  FONE: 34 – 3271-7200 - E-MAIL: <a href="mailto:hsj.ssvp@gmail.com">hsj.ssvp@gmail.com</a>  Site: <a href="http://www.hospitalsaojose.org.br">www.hospitalsaojose.org.br</a></p>	
--	---	--

- a) proporcionar à empresa todas as condições necessárias ao pleno cumprimento das obrigações;
- b) Fiscalizar e acompanhar o FORNECIMENTO DOS BENS desta cotação;
- c) Providenciar os pagamentos à empresa, à vista das Notas Fiscais/Faturas, devidamente atestadas, pelo setor competente, de forma tempestiva nos termos do item 11.

São obrigações da empresa ganhadora:

- a) Entregar o objeto de conformidade com as condições e prazos estabelecidos na proposta no local indicado pela contratante;
- b) Atender às condições estabelecidas nesse edital e seus anexos;
- c) Realizar de forma imediata e às suas expensas, qualquer troca de produtos que não estejam em conformidade com as especificações da Contratante;
- d) Arcar com eventuais prejuízos causados à empresa, e/ou a terceiros, provocados por ineficiência ou irregularidade cometida pôr seus empregados ou prepostos envolvidos na execução do contrato;
- e) Responder por quaisquer débitos relativos aos seus empregados ou subordinados no fornecimento dos produtos;
- f) Comunicar à instituição toda e qualquer ocorrência relacionada com a entrega dos materiais do objeto, diligenciando nos casos que exigem providências corretivas. O não atendimento do prazo previsto para entrega dos materiais/equipamentos, injustificadamente, poderá ensejar à desclassificação;

### 13. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- 13.1 A qualquer tempo pode ser revogada a contratação da empresa que deixar de satisfazer às exigências estabelecidas neste documento e aos padrões de qualidade adotados pela Entidade.
- 13.2 O proponente selecionado é responsável, em qualquer época, pela fidelidade e pela legitimidade das informações constantes nos documentos apresentados, podendo ser cancelado o credenciamento da empresa se verificada alguma irregularidade na documentação ou nas informações apresentadas.
- 13.3 A participação no processo de seleção importa na aceitação integral e irretratável das normas contidas neste documento.
- 13.4 A Entidade poderá revogar ou anular a presente cotação, em decisão motivada, sem que caiba qualquer indenização aos candidatos.
- 13.5 Os pedidos de esclarecimentos e/ou impugnações sobre a presente COTAÇÃO PRÉVIA DE PREÇOS deverão ser dirigidos, por escrito e com identificação (CNPJ, Razão Social, nome do Representante legal, endereço, telefone e e-mail), para a Comissão de Licitações, no [compras@hospitalsaojose.org.br](mailto:compras@hospitalsaojose.org.br) em até





**HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE DE  
SÃO VICENTE DE PAULO**

CNPJ 21.320.064/0001-40  
AV. 3, N.º 196 – CENTRO – ITUIUTABA MG - CEP: 38300-160  
FONE: 34 – 3271-7200 - E-MAIL: [hsj.ssvp@gmail.com](mailto:hsj.ssvp@gmail.com)  
Site: [www.hospitalsaojose.org.br](http://www.hospitalsaojose.org.br)



dois dias úteis anteriores à data de entrega das Cotações; sendo que as respostas serão comunicadas aos interessados por e-mail.

Ituiutaba-Mg, 09 de outubro de 2024.

**Daniela Campos da Silva**  
**Presidente da Comissão de Cotação Prévia e Licitação**  
**Hospital São José da Sociedade de São Vicente de Paulo**



**HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE DE  
SÃO VICENTE DE PAULO**

CNPJ 21.320.064/0001-40  
AV. 3, N.º 196 – CENTRO – ITUIUTABA MG - CEP: 38300-160  
FONE: 34 – 3271-7200 - E-MAIL: [hsj.ssvp@gmail.com](mailto:hsj.ssvp@gmail.com)  
Site: [www.hospitalsaojose.org.br](http://www.hospitalsaojose.org.br)



(Papel Timbrado da Empresa participante )

**ANEXO I  
DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE EMPREGADO MENOR**

**Ref. Cotação Prévia nº 0706-2024**

A empresa ..... inscrita no CNPJ nº....., por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a)....., portador(a) da Carteira de Identidade ..... e do CPF....., declara para fins do disposto no inciso XXXIII, do art. 7º da Constituição Federal, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz.

\_\_\_\_\_  
(Local e data)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Representante legal)



**HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE DE  
SÃO VICENTE DE PAULO**

CNPJ 21.320.064/0001-40  
AV. 3, N.º 196 – CENTRO – ITUIUTABA MG - CEP: 38300-160  
FONE: 34 – 3271-7200 - E-MAIL: [hsj.ssvp@gmail.com](mailto:hsj.ssvp@gmail.com)  
Site: [www.hospitalsaojose.org.br](http://www.hospitalsaojose.org.br)



( Papel Timbrado da Empresa participante )

**ANEXO II  
DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS**

**Ref. Cotação Prévia nº 0706-2024**

A empresa ..... estabelecida no  
endereço....., inscrita no CNPJ  
nº ....., por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a). .....,  
declara sob as penalidades cabíveis a inexistência de fatos impeditivos à sua participação no Edital de  
Cotação Prévia nº **0706-2024**, estando ciente da obrigatoriedade de comunicar a ocorrência de qualquer  
ocorrência posterior. Declara, ainda, que cumpre plenamente os requisitos para a habilitação previstos neste  
Edital.

\_\_\_\_\_  
(Local e data)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Representante legal e carimbo com CNPJ)