




**PROPOSTA DE PREÇOS**

AO

**UASG 156678 - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JATAI**

Senhor Pregoeiro,

Seguindo os ditames Da dispensa de licitação, apresento a V.Sa. a nossa proposta de preços para o(s) Item(ens) conforme tabela a seguir relacionados.

Item	Especificação	MARCA	UNI	QTD	Preço Unitário R\$	Preço Total R\$
1	<b>ABAIXADOR DE LINGUA: COMPRIMENTO: 14CM. REGISTRO ANVISA/MS: 80605419004.</b>	TALGE 	PC/100	11	R\$ 8,82	R\$ 97,02
29	COMPRESSA DE GAZE EM ROLO (TIPO QUEIJO) 5 dobras 8 camadas. 91 metros x 91 mm <b>Composição: Compressa de gaze hidrófila em rolo 100% algodão, alvas, macias de rápida absorção, isenta de impurezas, tamanho uniforme 13 fios/cm2, dobras para dentro da compressa não deixando fios soltos.</b>	CLEAN  	ROLO	3	R\$ 164,90	R\$ 494,70
<b>Total</b>						<b>R\$ 591,72</b>

## **DAS DECLARAÇÕES:**

1. Declaramos que a validade desta proposta é de 60 (sessenta) dias a contar da data de sua entrega.
2. Declaramos expressamente que, no(s) preço(s) acima ofertado(s), estão inclusos todos os custos indiretos tais como: impostos, taxas, fretes, seguros e etc.
3. Declaramos, ainda, que os preços de nossa proposta estão de acordo com os preços praticados no mercado, e que estão incluídos todos os insumos que o compõe, tais como as despesas com mão-de-obra, materiais, impostos, taxas, fretes, descontos e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente no cumprimento do contrato.
4. Finalizando, declaramos que estamos de pleno acordo com todas as condições estabelecidas neste certame.

### **DECLARAÇÃO MENOR DE IDADE**

**OTAMED PRODUTOS HOSPITALARES**, inscrita no CNPJ sob nº **41.288.830/0001-43**, por intermédio de seu representante legal, Sr.(a) **ANDERSON DA SILVA OLIVEIRA COSTA**, portador(a) da Carteira de Identidade nº **2612026** Órgão expedidor SSP-DF e do C.P.F nº **024.190.631.-80**, DECLARA, para fins de cumprimento 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 que não emprega menor de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz.

### **DECLARAÇÃO DO SIMPLES NACIONAL**

A empresa **OTAMED PRODUTOS HOSPITALARES**, com sede na **quadra 92 lote 12, rua 069**, cidade **Valparaíso-Go**, inscrita no CNPJ nº **41.288.830/0001-43** DECLARA , para fins de não incidência na fonte do IRPJ, da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), e da Contribuição para o PIS/Pasep, a que se refere o art. 64da Lei nº 9.430, de 27 de dezembro de 1996, que é regularmente inscrita no Regime Especial Unificado de Arrecadação de Tributos e Contribuições devidos pelas Microempresas e Empresas de Pequeno Porte - Simples Nacional, de que trata o art. 12 da Lei Complementar 123, de 14 de dezembro de 2006.

Para esse efeito, a declarante informa que:

I - preenche os seguintes requisitos:

- a) conserva em boa ordem, pelo prazo de 5 (cinco) anos, contado da data da emissão, os documentos que comprovam a origem de suas receitas e a efetivação de suas despesas, bem como a realização de quaisquer outros atos ou operações que venham a modificar sua situação patrimonial; e
- b) cumpre as obrigações acessórias a que está sujeita, em conformidade com a legislação pertinente;

II - o signatário é representante legal desta empresa, assumindo o compromisso de informar à Secretaria da Receita Federal do Brasil e à pessoa jurídica pagadora, imediatamente, eventual desenquadramento da presente situação e está ciente de que a falsidade na prestação dessas informações, sem prejuízo do disposto no art. 32 da [Lei 9.430](#), de 1996, o sujeitará, com as demais pessoas que para ela concorrem, às penalidades previstas na legislação criminal e tributária, relativas à falsidade ideológica (art. 299 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal) e ao crime contra a ordem tributária (art. 1º da Lei nº 8.137, de 27 de dezembro de 1990).

**Da entrega:**

Será feita em remessa única em até 15 (quinze) dias corridos após a solicitação.

**Do prazo de garantia:**

30 dias, no caso de bens não-duráveis e de 90 dias para bens duráveis,

**Dados da empresa:**

Empresa/Razão Social: Anderson da Silva Oliveira Costa

Nome fantasia: Otamed Produtos Hospitalares

Endereço: Rua 069 QD 92 LT 12

Cidade: Valparaíso-Go

Bairro: Jardim Ceu Azul

RG: 2612026 SSP/DF

CPF: 02419063180

CNPJ: 41288830/0001-43

Inscrição Estadual: 10.961.142-0

E-mail: [otamed@hotmail.com](mailto:otamed@hotmail.com)

Cep: 72871-069

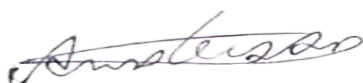
Celular: (61) 9 94188504

**Dados Bancários:**

Empresa/Razão Social: ANDERSON DA SILVA OLIVEIRA COSTA

Banco: 237 (Bradesco) Agência: 2541 Conta-Corrente: 51483-7

Brasília /DF, 01 de novembro de 2023.



---

**Anderson da Silva Oliveira Costa**