

PREVENIA

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Large handwritten signature]*

Ào Poder Executivo – Aripuanã-MT  
Praça São Francisco de Assis, nº 128, Centro  
Pregão nº 44/2022;  
Envelope nº 001 – Proposta de preços  
Noroste Medicina Diagnóstica Ltda  
CNPJ/MF: 34.903.750/0001-95

Abertura: 04/08/2022 às 14:00 horas



Av. dos Beija-Flôres, 68 N - JUINA

Fones: (66) 3566-4500

(66) 3566-1259



Rua 31 de Dezembro, Nº 693 - ARIPUANÃ

Fone: (66) 98441-1932

[www.prevenia.com.br](http://www.prevenia.com.br) - e-mail: [prevenia@terra.com.br](mailto:prevenia@terra.com.br)

ÀO  
Poder Executivo do Município de Aripuanã-MT,

Proposta que faz a empresa Noroeste Medicina Diagnóstica Ltda, inscrita no CNPJ: 34.903.750/0001-95 e Inscrição Estadual: Isenta, estabelecida na Av: dois de Dezembro nº 2281, para atendimento do objeto destinado ao Poder executivo do Município de Aripuanã-MT, em conformidade com o edital de Pregão Presencial nº 44/2022.

Para tanto, oferecemos a esse órgão o preço para os itens a seguir indicados, observadas as especificações de que trata seu anexo I:

SEQ.	ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	UNIDADE	QUANT	VALOR UNIT.	TOTAL
1	713057	Exame de Tomografia Computadorizada Diversas Sem Contraste	UN	300	520	156.000,00
2	713059	Exame de Tomografia Computadorizada Diversas Com Contraste	UN	300	520	156.000,00
3	713093	Exame Tipo Raio-X Esqueleto, Incidências Básicas – Crânio, Coluna, Bacia, Membros, com Laudo	UN	10.000	100	1.000.000,00
			<b>VALOR</b>	<b>TOTAL</b>	<b>ESTIMADO</b>	<b>1.312.000,00</b>

#### VALOR TOTAL POR EXTENSO

Valor total estimado em Um Milhão Trezentos e Doze Mil Reais.

A validade da presente proposta é de 60 (sessenta) dias corridos, contados da data da abertura da proposta, observado o disposto no caput e parágrafo único do art. 110 da Lei nº 8.666/93.

Entregaremos os serviços objetos deste edital conforme as exigências dos Anexos I e minuta da Ata de Registro de Preços, bem como as demais condições.

Informamos, por oportuno, que estão inclusos nos preços todas as despesas e custos diretos e indiretos relacionadas à execução do Contrato, inclusive aquelas decorrentes de impostos, seguros e encargos sociais.

Os dados da nossa empresa são:

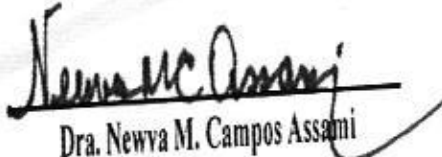
- Razão Social: **Noroeste Medicina Diagnóstica Ltda,**
- CGC (MF) nº: **34.903.750/0001-95** Insc. Estadual nº.: **Isenta**
- Endereço: **AV: dois de Dezembro nº 2281**
- Fone/Fax: **66 98441 1932** E-mail: **noroeste.adm@outlook.com**
- Cidade: **Aripuanã** Estado: **MT** CEP: **78.325-000**
- Banco Sicredi Agência nº: 0821** Conta nº: **38350-5**

# PREVENIA

De acordo com a legislação em vigor, eu, **NEWVA MARIA DE CAMPOS ASSAMI**, CPF/MF nº **284.363.501-20**, declaro estar ciente da responsabilidade que assumo pelas informações constantes desta ficha de cadastro.

Aripuanã, 19 de Julho de 2022.

  
Dr. WILSON T. ASSAMI  
Médico Radiologista CRM 2155  
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia  
Especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem  
RG Nº 290 285 SSP-MT

  
Dra. Newva M. Campos Assami  
Médica CRM-MT 2153  
CPF: 284.363.501-20



## DECLARAÇÃO DE ENQUADRAMENTO COMO ME E EPP

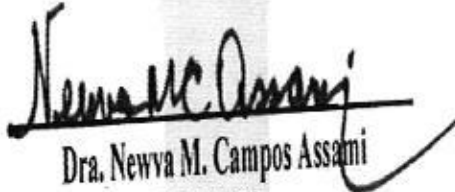
A Signatária **Noroeste Medicina Diagnóstica Ltda**, CNPJ: 34.903.750/0001-95, neste ato representada pelo Sr. Wilson Toshiya Assami, RG n.º 290.285 SSP-MT e do CPF/MF n.º 303.557.531-20, residente e domiciliado no Município de Juína, Estado de MT, em atenção à exigência contida no Edital do Pregão Presencial n.º 44/2022, DECLARA por seu representante legal infra-assinado, para os devidos fins e sob as penalidades da Lei, que a empresa mencionada acima está enquadrada como EMPRESA DE PEQUENO PORTE-EPP, e cumpre os requisitos estabelecidos no art. 3.º, da Lei Complementar Federal n.º 123/2006, e suas alterações posteriores, estando apta a usufruir do tratamento favorecido estabelecido nos art. 42 ao 49, da referida Lei Complementar Federal

Outros sim, DECLARO, que não existe qualquer impedimento entre os previstos nos incisos do § 4.º, do art. 3.º, da Lei Complementar Federal n.º 123/2006.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente Declaração.

Aripuanã/MT, 19 de Julho de 2022

  
Dr. WILSON T. ASSAMI  
Médico Radiologista CRM 2155  
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia  
Especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

  
Dra. Newva M. Campos Assami  
Médica CRM-MT 2153



## DECLARAÇÃO

Pregão Presencial n.º 44/2022:

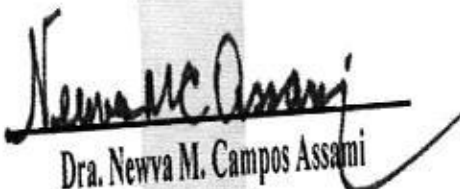
## DECLARAÇÃO

A Signatária **Noroeste Medicina Diagnóstica Ltda**, CNPJ n.º 34.903.750/0001-95, Representante Legal/Preposto abaixo assinado, vem DECLARAR, sob as penas da Lei, para efeitos do Pregão Presencial n.º 44/2022, realizado pelo Poder Executivo do Município de Aripuanã, Estado de Mato Grosso, que cumpre plenamente com os requisitos de habilitação, nos termos do art. 4.º, inciso VII, da Lei Federal n.º 10.520, de 17 de julho de 2002, estando ciente das penalidades cabíveis. DECLARA ainda que conhece e aceita o inteiro teor do edital mencionado acima, ressalvado o direito recursal, bem como de que recebeu todos os documentos e informações necessárias para o cumprimento integral das obrigações desta licitação. Por ser expressão da verdade, firmamos a presente Declaração.

Aripuanã/MT, 19 de Julho de 2022

  
Dr. WILSON T. ASSAMI  
Médico Radiologista - CRM 2155  
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia  
Especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

RG N° 290 285 SSP-MT

  
Dra. Newva M. Campos Assami  
Médica CRM-MT 2153





estação de  
a Secretária

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten initials]*

*[Large handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Small handwritten mark]*

**ENVELOPE N.º 1 - PROPOSTA DE PREÇO**

PREGÃO PRESENCIAL/REGISTRO DE PREÇOS N.º 44/2022

LICITANTE: **SIM SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM LTDA**

CNPJ/MF: **37.043.788/0001-23**

**OBJETO:** Registro de preço para futura e eventual contratação de empresa para prestação de serviços de realização de exames de raio x em geral e tomografia, em atendimento Municipal de Saúde deste Município de Aripuanã/MT.

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*





# CIPA

CLÍNICA DE IMAGEM ARIPUANÃ

## ANEXO II PROPOSTO DE PREÇOS

PREGÃO PRESENCIAL/REGISTRO DE PREÇOS Nº44/2022

### IDENTIFICAÇÃO DA PROPONENTE

<b>Nome de Fantasia:</b> CIPA	
<b>Razão Social:</b> SIM SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM LTDA	
<b>CNPJ:</b> 37.043.788/0001-23	<b>Optante pelo SIMPLES?</b> SIM
<b>Insc. Est:</b> Isento	
<b>Insc. Municipal:</b> 4488	
<b>Endereço:</b> Avenida Francisco Romoaldo Barroso	
<b>Bairro:</b> Jardim Paraná	<b>Cidade:</b> Aripuanã-MT
<b>CEP:</b> 78.325-000	<b>E-MAIL:</b> clinicacipaadm@gmail.com
<b>Telefone:</b> (66) 98105-8101	<b>Fax:</b>
<b>Banco:</b> Cooperativa SICRED	<b>Conta Bancária:</b> 74813-9
<b>Nome e n.º da Agência:</b> 748 - 0821	

Seq.	Item	Descrição	UN	QTD	Vi. Unitário	Vi. Total
1	713057	Tomografia Computadorizada - Diversas sem Contraste		300	500,00	150.000,00
2	713059	Tomografia Computadorizada - Diversas com Contraste Oral e Venoso)		300	510,00	153.000,00
3	713093	Serviços de Exame - do Tipo Raio X - Esqueleto, Incidências Básicas - Crânio, Coluna, Bacia, Membros - com Laudo		10.000	90,00	900.000,00
<b>Total Geral:</b>						1.203.000,00

\*Declaramos que examinamos, conhecemos e nos submetemos a todas as condições contidas no Edital deste Pregão, bem como verificamos todas as especificações nele contidas, não havendo qualquer discrepância entre quaisquer informações e/ou documentos que dele fazem parte, e estamos cientes de todas as condições que possam de qualquer forma influir nos custos, assim como de qualquer despesa relativa à realização integral de seu objeto, assumindo total responsabilidade pelas informações, erros ou omissões existentes nesta proposta. Declaramos, ainda, que estão incluídos no preço proposto todas as despesas relacionadas com o objeto da licitação, como impostos, fretes, seguros, taxas, encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, gastos com transportes, prêmios de seguros e outras despesas decorrentes de exigência legal.

Informo, desde já que os pagamentos deverão ser creditados na Conta Corrente nº 74813-9 Agência nº 0821, Banco Cooperativa SICRED.

Se não apresentado ou entregue de forma ou com arquivo adverso, não importará na desclassificação da empresa licitante, desde que a proposta escrita estejam atendendo ao Edital.

- \* Prazo de fornecimento: Conforme a necessidade da contratante pelo período de 12 (doze) meses.
- \* Validade da Proposta: 60 (sessenta) dias.

CIPA - Serviços de Diagnóstico  
CNPJ: 37.043.788/0001-23  
Dr. Luis Enrique M. Moreira  
CRBM 14753 - Sócio Administrativo

Aripuanã-MT 04/08/2022