



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ALIANÇA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**ADM. 2021/2024**

---

**ANEXO II - (MODELO)**

**CREDENCIAMENTO**

PREGÃO PRESENCIAL SRP Nº. 001/2021.  
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº. 001-2021/PP01.

A empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº. \_\_\_\_\_, com sede na \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo representante, \_\_\_\_\_, pelo presente instrumento de mandato, nomeia e constitui, seu Procurador, o Sr. (a). \_\_\_\_\_, portador (a) da Cédula de Identidade com RG nº. \_\_\_\_\_, CPF(MF) nº \_\_\_\_\_, a quem confere (m) amplos poderes para participar do procedimento Administrativo consistente no Pregão Presencial SRP nº. 001/2021, podendo praticar todos os interesses da representada, inclusive os poderes de formular ofertas e lances verbais, negociar preços e praticar todos os atos inerentes ao certame, inclusive interpor e desistir de recursos em todas as fases licitatórias.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
**Nome completo e assinatura**  
**representante(s) legal (is) da empresa e carimbo do CNPJ**

**Obs.: Este formulário é meramente exemplificativo para a apresentação do anexo referente ao Pregão Presencial SRP nº 001/2021, não devendo conter o cabeçalho e rodapé do presente formulário, que deverá constar o cabeçalho e rodapé da referida proponente.**

**OBSERVAÇÕES:**

- se o **reconhecimento de firma** for em nome **da pessoa física**, o instrumento deve estar **acompanhado do ato constitutivo da empresa (Estatuto/Contrato Social)**, que comprove a legitimidade do outorgante;
- se o **reconhecimento de firma** for em nome **da pessoa jurídica (empresa licitante)**, fica **dispensada a apresentação do ato constitutivo**, vez que o cartório já o terá examinado e verificado a legitimidade do signatário.
- o representante deverá, obrigatoriamente, apresentar o **reconhecimento de firma** em nome **de pessoa física ou jurídica (empresa licitante) ATUALIZADO**, pois, caso o **outorgante não faça mais parte da sociedade**, a empresa será **inabilitada** na fase de “Habilitação”.
- caso o Contrato Social ou o Estatuto determinem que mais de uma pessoa deva assinar a procuração (pública ou particular) ou o documento de credenciamento (Anexo II), a **falta de qualquer uma delas invalida o documento para os fins deste Pregão**, sendo a empresa **inabilitada** na fase de “Habilitação”.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ALIANÇA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
ADM. 2021/2024**

---

**ANEXO – III**

**MODELO - DECLARAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO (EM ATENDIMENTO AO INCISO VII DO ART. 4º DA LEI Nº 10.520/2002)**

A empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº. \_\_\_\_\_, com sede na \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo \_\_\_\_\_, o Sr. (a). \_\_\_\_\_, portador (a) da Cédula de Identidade com RG nº. \_\_\_\_\_, CPF(MF) nº \_\_\_\_\_, **DECLARA**, que **cumpr**e **plenamente** os requisitos exigidos **para sua habilitação**, conforme prescreve o inciso VII, do artigo 4º, da Lei 10.520, de 17 de julho de 2002, referente ao **PREGÃO PRESENCIAL REGISTRO DE PREÇOS Nº 001/2021**, estando ciente das penalidades aplicáveis nos casos de descumprimento.

\_\_\_\_\_, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal.

OBS.:

**- ESTE DOCUMENTO, TAMBÉM, DEVERÁ SER ENTREGUE NO ATO DO CREDENCIAMENTO, OU SEJA, FORA DOS ENVELOPES.**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ALIANÇA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**ADM. 2021/2024**

---

**ANEXO IV**

**MODELO - DECLARAÇÃO EM ATENDIMENTO AO ART. 27, INCISO V, DA LEI Nº 8.666/93 E ART. 7º, INCISO XXXIII, DA CF.**

A (Nome Da Empresa), com sede no endereço \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ/MF sob no nº. \_\_\_\_\_, representada neste ato por seu \_\_\_\_\_ in fine assinado, devido ao interesse em participar da licitação em epígrafe que se encontra autuada no Processo Administrativo nº \_\_\_\_\_/ Presencial - SRP Nº 001/2021, cujo objeto é a \_\_\_\_\_, **DECLARA** para fins do disposto no inciso V, do art. 27, da Lei 8.666/93, acrescido pela Lei 9.854/99, que:

- a) Até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no presente Processo Licitatório, assim como que está ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;
- b) Encontra-se em situação regular perante o Ministério do Trabalho no que se refere à observância do disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal, não mantendo em seu quadro de pessoal menores de 18 (dezoito) anos em horário noturno de trabalho ou em serviços perigosos ou insalubres, não possuindo ainda, qualquer trabalho de menores de 16 (dezesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos

\_\_\_\_\_, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do Representante  
Legal*

OBS.:

- **ESTA DECLARAÇÃO DEVERÁ ESTAR CONTIDA NO ENVELOPE Nº 2 – DOCUMENTAÇÃO.**
- **OBSERVAÇÃO: EM CASO AFIRMATIVO, ASSINALAR A RESSALVA ACIMA.**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ALIANÇA**  
**SECRETARIA MUN DE ADMINISTRAÇÃO, PLANEJAMENTO, GESTÃO E ORÇAMENTO**  
**ADM. 2021/2024**

---

**ANEXO V**

**MODELO - DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO ARTIGO 32, § 2º DA LEI Nº 8.666/93**

A empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº. \_\_\_\_\_, com sede na \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo Sr. (a). \_\_\_\_\_, portador (a) da Cédula de Identidade com RG nº. \_\_\_\_\_, CPF(MF) nº \_\_\_\_\_, declara, sob as penas da lei, para fins do disposto no art. 32, §2º da Lei nº 8.666/93, por intermédio do seu representante legal abaixo assinado, para fins de participação no **PREGÃO PRESENCIAL REGISTRO DE PREÇOS Nº 001/2021 do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALIANÇA DO TOCANTINS/TO** que:

- Não nos encontramos declarada inidônea para licitar ou contratar com órgãos da Administração Pública Federal, Estadual, Municipal e do Distrito Federal;

- inexistente fato superveniente impeditivo de habilitação.

\_\_\_\_\_, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura, nome, cargo, RG do representante legal e carimbo da empresa)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ALIANÇA**  
**SECRETARIA MUN DE ADMINISTRAÇÃO, PLANEJAMENTO, GESTÃO E ORÇAMENTO**  
**ADM. 2021/2024**

---

**ANEXO VI**

**MODELO - DECLARAÇÃO QUE CONHECE E ACEITA OS TERMOS DO EDITAL**

ATT: PREGOEIRO OFICIAL

Prezado (a) Senhor (a),

Serve a presente para encaminhar em 01 (uma) via nossa proposta relativa à licitação em referência, DECLARAMOS QUE:

- A) Temos pleno conhecimento e concordamos com o inteiro teor do Edital da presente licitação;
- B) Recebemos do Fundo Municipal de Saúde, todas as informações necessárias à elaboração da nossa proposta;
- C) Estamos cientes e concordamos com os métodos de fornecimento e pagamentos especificados no Edital;
- D) Obrigamo-nos a aceitar o direito do Fundo Municipal de Saúde, de escolher a proposta que lhe parecer mais vantajosa, de acordo com as condições estabelecidas no Edital, podendo a mesma desistir ou anular esta licitação sem que nos caiba o direito a qualquer indenização, compensação ou reembolso pela exclusão ou rejeição de nossa proposta no todo ou em parte;
- E) Concordamos que a validade da presente proposta perdurará durante todo o processo licitatório.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Licitante  
(Nome do responsável/cargo e Carimbo)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ALIANÇA**  
**SECRETARIA MUN DE ADMINISTRAÇÃO, PLANEJAMENTO, GESTÃO E ORÇAMENTO**  
**ADM. 2021/2024**

**ANEXO VII**  
**(MODELO - PROPOSTA DE PREÇOS)**

Proposta que faz a empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ n.º \_\_\_\_\_, com sede na \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo Sr. (a). \_\_\_\_\_, portador (a) da Cédula de Identidade com RG n.º \_\_\_\_\_, CPF(MF) n.º \_\_\_\_\_, em conformidade com Edital e Termo de Referência do **PREGÃO PRESENCIAL REGISTRO DE PREÇOS N.º 001/2021 do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALIANÇA DO TOCANTINS/TO.**

Portanto, oferecemos a esse Órgão o preço a seguir indicado, para fornecimento continuado dos itens descritos no **ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA:**

ITEM	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT	MARCA	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
01	CILINDRO DE OXIGÊNIO MEDICINAL DE 1 M <sup>3</sup> SEM CARGA, DE ACORDO COM A NORMA: ISSO 9809-1 CILINDRO CONFECCIONADO EM AÇO SEM SOLDA.	UNID	02			
02	CILINDRO DE OXIGÊNIO MEDICINAL DE 2,0 A 3,5 M <sup>3</sup> SEM CARGA, DE ACORDO COM A NORMA: ISSO 9809-1 CILINDRO CONFECCIONADO EM AÇO SEM SOLDA.	UNID	03			
03	CILINDRO DE OXIGÊNIO MEDICINAL DE 7 M <sup>3</sup> SEM CARGA, DE ACORDO COM A NORMA: ISSO 9809-1 CILINDRO CONFECCIONADO EM AÇO SEM SOLDA.	UNID	10			
04	CILINDRO DE OXIGÊNIO MEDICINAL DE 10 M <sup>3</sup> SEM CARGA, DE ACORDO COM A NORMA: ISSO 9809-1 CILINDRO CONFECCIONADO EM AÇO SEM SOLDA.	UNID	02			
05	CARGA DE OXIGÊNIO MEDICINAL PARA CILINDRO C/ CAPACIDADE PARA 1 M <sup>3</sup> .	M <sup>3</sup>	200			
06	CARGA DE OXIGÊNIO MEDICINAL PARA CILINDRO C/ CAPACIDADE PARA 2,0 A 3,5 M <sup>3</sup> .	M <sup>3</sup>	200			
07	CARGA DE OXIGÊNIO MEDICINAL PARA CILINDRO C/ CAPACIDADE PARA 7 M <sup>3</sup> .	M <sup>3</sup>	300			
08	CARGA DE OXIGÊNIO	M <sup>3</sup>	200			



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ALIANÇA**  
**SECRETARIA MUN DE ADMINISTRAÇÃO, PLANEJAMENTO, GESTÃO E ORÇAMENTO**  
**ADM. 2021/2024**

	MEDICINAL PARA CILINDRO C/ CAPACIDADE PARA 10 M <sup>3</sup> .					
--	---	--	--	--	--	--

O VALOR TOTAL GERAL para o(s) item(ns) ofertado(s) por esta empresa é de:  
R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

**Dados da empresa:**

- a) Razão Social: \_\_\_\_\_;  
b) CGC (MF) nº: \_\_\_\_\_;  
c) Inscrição Estadual nº: \_\_\_\_\_;  
d) Endereço: \_\_\_\_\_;  
e) Fone: \_\_\_\_\_ Fax (se houver): \_\_\_\_\_;  
f) CEP: \_\_\_\_\_;  
g) Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_;  
h) Banco \_\_\_\_\_ Agência nº: \_\_\_\_\_ Conta nº: \_\_\_\_\_;  
i) E-mail para receber as SOLICITAÇÕES \_\_\_\_\_;

**Dados do responsável para assinatura do contrato:**

Nome: \_\_\_\_\_

RG nº: \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_

Cargo/Função ocupada: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

Prazo de validade da proposta: \_\_\_\_\_ (não inferior a 60 dias),  
contado da data da entrega de seu respectivo envelope.

\_\_\_\_\_, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

(Assinatura, nome, cargo, RG do representante legal e carimbo da  
empresa)