

PROPOSTA DE PREÇOS

Ao

Órgão Contratante: Superior Tribunal Militar - STM

Setor de Licitações

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90009/2025

A/c: Sr. Pregoeiro

RAZÃO SOCIAL: APS ODONTO HOSPITALAR EQUIPAMENTO MEDICOS LTDA

NOME FANTASIA: APS ODONTO HOSPITALAR

CNPJ: 34.372.460/0001-62

Endereço: Rua 7 de setembro, Quadra 18, Lote 17, casa 01, Parque Flamboyant, Aparecida de Goiânia, CEP: 74.920-786.

Tel: (62) 98204-2000

E-mail: trilhlicitacoes@gmail.com

Inscrição no Simples: (x) sim

Dados Bancários: Agência: 3348 Conta corrente: 13.008993-1 Banco: Santander

Endereço de entrega: conforme edital

Prazo de entrega: conforme edital

Dados do Representante Legal: ALEXANDRE PEREIRA DA SILVA | CPF: 020.337.001-51 |

BRASILEIRO | RG: 4853118 | ADMINISTRADOR

Validade da proposta: 90 (noventa) dias.

ITEM	DESCRIÇÃO	UND	QUANT	VALOR UNT MENSAL	VALOR TOTAL	VALOR TOTAL PEÇAS
01	1.1. Manutenção preventiva e corretiva de equipamentos odontológicos. 1.2. Fornecimento de peças, sob demanda, valor estimado para 12 meses (valor fixo R\$ 15.000,00)	UN	12	R\$ 2.749,97	R\$ 32.999,64	R\$ 15.000,00
TOTAL				R\$	47.999,64	

Valor total R\$ 47.999,64 (quarenta e sete mil novecentos e noventa e nove reais e sessenta e quatro centavos)

DECLARAÇÃO

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 discrepância entre quaisquer informações trabalhistas, previdenciárias, sociais, fiscais e comerciais, gastos com transporte 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, descarga, prêmios de seguros e outras despesas decorrentes de exigência legal.

Ap. Goiânia, 30 de abril de 2025.

APS ODONTO
HOSPITALAR
EQUIPAMENTOS
MEDICOS
LTDA:3437246000
0162

Assinado digitalmente por APS ODONTO
HOSPITALAR EQUIPAMENTOS MEDICOS
LTDA:34372460000162
ID: C=BR, O=ICP-Brasil, S=GO, L=
APARECIDA DE GOIANIA, OU=
06254616000175, OU=Secretaria da Receita
Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CNPJ
A1, OU=videoconferencia, CN=APS
ODONTO HOSPITALAR EQUIPAMENTOS
MEDICOS LTDA:34372460000162
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização:
Data: 2025.04.30 22:24:00-03'00'
Foxit PDF Reader Versão: 12.1.3

ANEXO I - LGPD
DO CUMPRIMENTO DA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS - LEI N. 13.709/2018

1. É vedado às partes a utilização de todo e qualquer dado pessoal repassado em decorrência da licitação/execução contratual para finalidade distinta daquela do objeto da licitação/contratação, sob pena de responsabilização administrativa, civil e criminal.
2. As partes se comprometem a manter sigilo e confidencialidade de todas as informações – em especial os dados pessoais e os dados pessoais sensíveis – repassados em decorrência da licitação/execução contratual, em consonância com o disposto na Lei n. 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD), sendo vedado o repasse das informações a outras empresas ou pessoas, salvo aquelas decorrentes de obrigações legais ou para viabilizar o cumprimento do instrumento contratual.
3. A LICITANTE/CONTRATADA responderá administrativa e judicialmente, em caso de causar danos patrimoniais, morais, individuais ou coletivos, aos titulares de dados pessoais repassados em decorrência da licitação/execução contratual, por inobservância à Lei Geral de Proteção de Dados.
4. Em atendimento ao disposto na Lei Geral de Proteção de Dados, o STM, para a execução do serviço objeto desta licitação/contrato, tem acesso a dados pessoais dos representantes da LICITANTE/CONTRATADA, tais como número do CPF e do RG, endereços eletrônico e residencial, e cópia do documento de identificação (listar outros, quando cabível).
5. A LICITANTE/CONTRATADA, declara que tem ciência da existência da Lei Geral de Proteção de Dados e se compromete a adequar todos os procedimentos internos ao disposto na legislação com o intuito de proteger os dados pessoais repassados pelo STM.
6. A LICITANTE/CONTRATADA fica obrigada a comunicar ao STM em até 24 (vinte e quatro) horas qualquer incidente de acessos não autorizados aos dados pessoais, situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito, bem como adotar as providências dispostas no art. 48 da Lei Geral de Proteção de Dados.
7. A LICITANTE/CONTRATADA obriga-se ao dever de proteção, confidencialidade, sigilo de toda informação, dados pessoais e base de dados a que tiver acesso, nos termos da LGPD, suas alterações e regulamentações posteriores, durante o cumprimento do objeto descrito no edital/contrato.
8. A LICITANTE/CONTRATADA não poderá se utilizar de informação, dados pessoais ou base de dados a que tenham acesso, para fins distintos da execução dos serviços especificados no edital/contrato.
9. A LICITANTE/CONTRATADA ficará obrigada a assumir total responsabilidade pelos danos patrimoniais, morais, individuais ou coletivos que venham a ser causados em razão do descumprimento de suas obrigações legais no processo de tratamento dos dados compartilhados pelo CONTRATANTE.
- 10. Eventuais responsabilidades serão apuradas de acordo com o que dispõe a Seção III, Capítulo VI da LGPD.**

Ap. Goiânia, 16 de abril de 2025.

ANEXO II - NEPOTISMO

DECLARAÇÃO DE PARENTESCO

01 – Nome

ALEXANDRE PEREIRA DA SILVA

02 - CPF

020.337.001-51

03 – Telefone

(62) 98204-2000

04 -Vínculo com a JMU

- ☐ Colaborador terceirizado que presta serviços na JMU
- ☐ Sócio de empresa que firmou contrato proveniente de Licitação
- ☐ Sócio de empresa que firmou contrato proveniente de Dispensa de Licitação
- ☐ Sócio de empresa que firmou contrato proveniente de Inexigibilidade de Licitação
- ☐ Outro Tipo de Vínculo - Especificar abaixo:

05 - Razão Social da Empresa e CNPJ

APS ODONTO HOSPITALAR EQUIPAMENTO MEDICOS LTDA

CNPJ: 34.372.460/0001-62

Considerando o disposto na Resolução nº 7/05, do Conselho Nacional de Justiça, declaro para os devidos fins que:

☒ não sou cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, de magistrado ou servidor da Justiça Militar da União,

☐ sou cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, de magistrado ou servidor da Justiça Militar da União.

07 - Nome do servidor ou magistrado

08 - Grau de parentesco

Declaro, ainda, estar ciente de ser o responsável pela atualização das informações aqui prestadas, nos termos da Resolução nº 7/05, do Conselho Nacional de Justiça.

Ap. Goiânia, 16 de abril de 2025.

APS ODONTO
HOSPITALAR
EQUIPAMENTOS
MEDICOS
LTDA:343724600
00162

Assinado digitalmente por APS ODONTO
HOSPITALAR EQUIPAMENTOS MEDICOS
LTDA:34372460000162
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, S=GO, L=
APARECIDA DE GOIANIA, OU=
06254616000175, OU=Secretaria da
Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e
-CNPJ A1, OU=videoconferencia, CN=APS
ODONTO HOSPITALAR EQUIPAMENTOS
MEDICOS LTDA:34372460000162
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização:
Data: 2025.04.28 16:55:50-03'00'
Foxit PDF Reader Versão: 12.1.3

ANEXO IV - DECLARAÇÃO DE VISTORIA

DECLARAÇÃO DE PLENO CONHECIMENTO DAS CONDIÇÕES E PECULIARIDADES DA CONTRATAÇÃO

Declaro, em atendimento ao previsto no Termo de Referência do Processo Administrativo nº 017067/24-00.174, que eu, ALEXANDRE PEREIRA DA SILVA, portador(a) da CI/RG nº 4853118, e do CPF nº 020.337.001-51, [responsável técnico] da empresa APS ODONTO HOSPITALAR EQUIPAMENTO MEDICOS LTDA, estabelecida no(a) Rua 7 de setembro, Quadra 18, Lote 17, casa 01, Parque Flamboyant, Aparecida de Goiânia, CEP: 74.920-786.:

(a) optei por não realizar a vistoria, uma vez que já possuo conhecimento pleno das condições e peculiaridades da contratação que será celebrada pelo(a) SUPERIOR TRIBUNAL MILITAR;

(b) que estou ciente de que essa opção não poderá embasar posteriores alegações de desconhecimento acerca das instalações, dúvidas ou esquecimentos de quaisquer detalhes dos locais de prestação dos serviços.

Ap. Goiânia, 16 de abril de 2025.

APS ODONTO
HOSPITALAR
EQUIPAMENTOS
MEDICOS
LTDA:3437246000016

2

Assinado digitalmente por APS ODONTO
HOSPITALAR EQUIPAMENTOS MEDICOS
LTDA:34372460000162
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, S=GO, L=
APARECIDA DE GOIANIA, OU=
06254616000175, OU=Secretaria da Receita
Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CNPJ
A1, OU=videoconferencia, CN=APS
ODONTO HOSPITALAR EQUIPAMENTOS
MEDICOS LTDA:34372460000162
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização:
Data: 2025.04.28 16:56:10-03'00'
Foxit PDF Reader Versão: 12.1.3

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

A FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA EVANGÉLICA – FUNEV – REDE ASSISTENCIAL DE ATENÇÃO BÁSICA – REGIÃO DE SAÚDE NOROESTE I, inscrita no CNPJ sob o nº 07.776.237/0011-80, sediada na Avenida Brasil Norte, nº 3700, Cidade Universitária, CEP nº 75.083-440, Anápolis, Estado de Goiás, neste ato representada por sua Coordenadora de odontologia, **JOYCE MICAELLE DE OLIVEIRA RESENDE**, **ATESTA**, para todos os fins de direito, que a empresa **APS HOSPITALAR E EQUIPAMENTOS MÉDICOS LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº 34.372.460/0001-62, sediada na Rua 7 de setembro, Quadra 18, Lote 17, Casa 01, Parque Flamboyant, CEP Nº 74.920-786, Aparecida de Goiânia, Goiás, tem presado os serviços de **manutenção preventiva e corretiva em equipamentos e periféricos odontológicos, incluindo o fornecimento de peças**, a fim de atender as demandas da Rede Assistencial de Atenção Básica das Unidades Básicas de Saúde – Região Noroeste I e Centro administrativo, de forma contínua e satisfatória, desde o dia 23 de julho de 2023 referente ao Contrato nº 21/2023-I até a presente data pelo contrato 531/2024.

Segue anexada cópia do contrato, com a descrição detalhada dos serviços contratados.

Os serviços tem sido realizados em conformidade com o detalhamento e a proposta apresentada, pelo que declaramos estar apta a cumprir com o objeto contratado e outros correlacionados, não havendo nada que a desabone.

Por ser verdade, firmamos a presente.

Anápolis, 25 de setembro de 2024.

JOYCE MICAELLE DE OLIVEIRA RESENDE
Coordenadora da Odontologia

Telefone para contato: 62 98218-9448

Protocolo de Assinaturas

Documento

Nome do Envelope: Atestado de capacidade técnica

Autor: Joyce Micaelle de Oliveira Resende - joyce.resende@funevubs.org.br

Status: Concluído

Hash: e8983a5b-19c5-4f21-857b-8eba9c9974ff

Hash ByCrypt: \$2y\$10\$1lsjVVK.fU6yRkunnBG29.CX9Xg3PvYOiXlim4jAUKwSWV.rioNS

Assinaturas

Nome: Joyce Micaelle de Oliveira Resende **CPF/CNPJ:** Não Informado **Cargo:** Cirurgião Dentista

E-mail: joyce.resende@funevubs.org.br - **Data Assinatura:** 25/09/2024 08:20:58

Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível

Status da Assinatura: ASSINADO

Token de Assinatura: \$2y\$10\$WCqK2ppe4LswZ9oi9z5qSOeug9eq7Mxe6rISm7.cEvlqliTWXzQ5q

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://funev.sysepa.com.br/epa/electronic_signatures.php?page=verify-document&token=e8983a5b-19c5-4f21-857b-8eba9c9974ff

Código ByCrypt: e8983a5b-19c5-4f21-857b-8eba9c9974ff

