

## DECLARAÇÃO




Incrementa Serviços de Saúde e Apoio Tecnológico LTDA, inscrita no CNPJ: 38.321.441/0001-68, com sede na AV. TABELIÃO FRANCISCO ALVES, Nº 347, CENTRO - PENTECOSTE/CE, número para contato: (85) 3224-4451, referindo ao credenciamento chamado por essa PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS-CE comparece até Vossas Senhorias para apresentar a documentação como se encontra exigida, para exame dessa comissão.

No tocante a proposta de preços para prestação de serviços, informa que aceita os mesmos conforme definidos no Edital.

Igualmente, informa que concorda com todas as condições estipuladas no edital, através da prestação dos serviços detalhados conforme indicados no Caderno de Serviços adiante discriminado, no regime de atendimento ali mencionado. Pelo que, por ser a expressão da verdade, firma a presente, sob as penas da Lei.

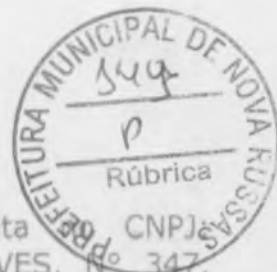
Pentecoste/CE, 03/07/2024.

Atenciosamente,

  
Sávio Lopes Moreira de Carvalho  
CPF Nº 027.539.913-32



## PROPOSTA DE PREÇO



Prezados Senhores,

Incrementa Serviços de Saúde e Apoio Tecnológico LTDA, inscrita 38.321.441/0001-68, estabelecida na AV. TABELIÃO FRANCISCO ALVES, Nº 347, CENTRO - PENTECOSTE/CE, por intermédio de seu representante legal o (a) Sr(a) Sávio Lopes Moreira de Carvalho, portador(a) da Carteira de Identidade nº 2006010421386 e do CPF nº 027.539.913-32, Apresento a Vossas Senhorias nossa documentação exigida para credenciamento para a execução dos serviços constantes do Edital de Chamamento Público Nº SS-CH002/2024, cujo objeto é CREDENCIAMENTO de empresa especializada na prestação de serviços especializados em saúde, especificamente para realização de cirurgia eletiva federal na área de ginecologia e obstetrícia, e ainda com observância da lei federal nº 14.133/2021, com base na portaria GM/MS Nº 2.336 de 12 de dezembro de 2023 de acordo com a resolução Nº 52/2024-CIB/CE, através de requisições/autorizações emitidas pela Secretaria de Saúde do município de Nova Russas/CE.

Manifestamos, neste ato, nossa concordância com os preços fixados pela Administração, constantes do anexo I do processo em referência.

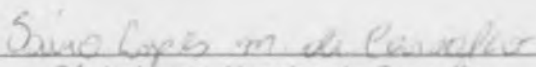
Informamos que o prazo de validade da nossa proposta é de 60 (sessenta) dias corridos, a contar da data de apresentação da nossa documentação junta à Secretaria de Saúde.

Segue, em anexo, toda a documentação requerida para habilitação, tudo de acordo com o citado edital. Finalizando, declaramos, sob as penas da Lei, que estamos de pleno acordo com todas as condições estabelecidas no edital e seus anexos e que não existe nenhum fato impeditivo que possa obstar a nossa participação no referido processo.

| Nº | ESPECIFICAÇÃO | UND     | QTDE TOTAL | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL   |
|----|---------------|---------|------------|----------------|---------------|
| 1  | LAQUEADURA    | SERVIÇO | 17         | R\$ 970,96     | R\$ 16.506,32 |

Pentecoste/CE, 03/07/2024.

Atenciosamente,

  
Sávio Lopes Moreira de Carvalho  
CPF Nº 027.539.913-32

