



**OMEGARAD FÍSICA MEDICA E  
RADIOPROTECAO LTDA  
40.911.796/0001-59**



## PROPOSTA REGISTRADA

### Dados do Processo

**Município:** Quixadá / CE

**Unidade gestora:** Consórcio Púb. de Saúde da  
Microrregião de Quixadá

**Número do processo:** 01.24092024

**Modalidade:** Dispensa Eletrônica

**Número do certame:** DP2024/025-CPSMQ

**Data da abertura:** 18/11/2024 às 09:30

### Dados do Fornecedor

**Razão social:** OMEGARAD FÍSICA MEDICA E  
RADIOPROTECAO LTDA

**Telefone:** (85) 9293-6521 / (85) 9953-2998

**CNPJ/MF:** 40.911.796/0001-59

**E-mail:** comercial@omegarad.com.br

**Endereço:** AVENIDA DOM LUIS, 880, Sala 506, ALDEOTA, Fortaleza / CE - CEP: 60.160-196

### Dados das Declarações

#### DECLARAÇÃO DE ANEXAÇÃO DE DOCUMENTOS

**SIM**

Declaro sob as penas da lei, que anexei todos documentos solicitado para a minha habilitação no presente processo licitatório, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

#### Declaração de conhecimento de informações

**SIM**

Declaração do fornecedor atestando que conhece todas as informações e condições locais para o cumprimento das obrigações objeto da contratação.

#### DECLARAÇÃO DE COTA DE APRENDIZAGEM

**SIM**

Declaro sob as penas da Lei, que cumpro a cota de aprendizagem nos termos estabelecidos no art. 429 da CLT.

#### DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO DISPOSTO DO INCISO XXXIII DO ART 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

**SIM**

Declaro para fins do disposto no inciso VI do art. 68 da Lei nº 14.133, de abril de 2021, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprego menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprego menor de 16 (dezesesseis) anos, salvo menor, a partir de 14 (quatorze) anos, na condição de aprendiz, nos termos do inciso XXXIII, do art. 7º da Constituição Federal.

#### DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS

**SIM**

AVENIDA DOM LUIS, 880, Sala 506, ALDEOTA, Fortaleza / CE - CEP: 60.160-196.



**OMEGARAD FÍSICA MÉDICA E  
RADIOPROTEÇÃO LTDA  
40.911.796/0001-59**



Declaro sob as penas da lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para a minha habilitação no presente processo licitatório, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

**DECLARAÇÃO DE NÃO TRABALHO FORÇADO E DEGRADANTE**

**SIM**

Declaro que não possuo, em minha cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inc. III do art. 5º da Constituição Federal.

**DECLARAÇÃO DE RESERVA DE CARGOS**

**SIM**

Declaro, para os devidos fins de qualificação no certame licitatório conforme estabelecido no inciso IV do art. 63 da Lei nº 14.133/2021, que ESTAMOS DESOBRIGADO a reservar percentual de seus cargos para pessoas com deficiência ou beneficiários reabilitados pela Previdência Social, tendo em vista o não enquadramento na hipótese legal prevista no art. 93, caput, da Lei nº 8.213 de 1991. Segundo o Art. 93, caput, da Lei nº 8.213/91, a obrigatoriedade de preenchimento de cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência é aplicável exclusivamente a empresas que contam com 100 ou mais empregados. Afirmamos nosso compromisso contínuo com a promoção da inclusão e a manutenção de práticas de equidade no ambiente de trabalho, sempre em conformidade com a legislação aplicável. Esta declaração é fornecida com plena consciência das suas implicações legais e assegura a precisão e a veracidade das informações apresentadas.

**DECLARAÇÃO ENQUADRAMENTO ME/EPP**

**SIM**

Declaramos que, no ano-calendário de realização do certame licitatório, ainda não celebramos contratos com a Administração Pública cujos valores somados extrapolem a receita bruta máxima admitida para fins de enquadramento como empresa de pequeno porte.

**DECLARAÇÃO QUE CUMPRE PLENAMENTE OS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO**

**SIM**

Declaro que estou ciente e concordo com as condições contidas no edital e seus anexos, bem como de que cumpro plenamente os requisitos de habilitação definidos no edital.

**DECLARAÇÃO RESERVA DE CARGOS**

**SIM**

Declaro que, conforme disposto no art. 93 a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, estou ciente do cumprimento da reserva de cargos prevista em lei para pessoas com deficiência ou para reabilitado da Previdência Social e que, se aplicado ao número de funcionários da minha empresa, atendo as regras de acessibilidade nos termos estabelecidos no art. 429 da CLT.

**DECLARAÇÃO DE ME/EPP**

**NÃO**

Declaro, sob as penas da Lei, que cumpro os requisitos estabelecidos no Art. 3º da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, alterada pela Lei nº 11.488, de 15 de junho de 2007, em seu Art. 34, que essa Empresa/Cooperativa está apta a usufruir do tratamento favorecido estabelecido nos artigos 42 ao 49 da referida Lei Complementar.

**Dados da Proposta de Preços:**



**OMEGARAD FÍSICA MÉDICA E  
RADIOPROTEÇÃO LTDA  
40.911.796/0001-59**



**LAUDOS RADIOMETRICOS**

**1 - TESTE DE CONTROLE DE QUALIDADE DO RAO X**

**Especificação:** TESTE DE CONTROLE DE QUALIDADE DO RAO X

**Quantidade:** 1,0

**Unidade:** Serviço

**Valor unitário:** R\$ 1.000,00

**Valor total:** R\$ 1.000,00

**Fabricante/Marca:** -

**Modelo:** --

**Valor de referência:** R\$ 1.250,00

---

**2 - TESTE DE CONTROLE DE QUALIDADE DO MAMÓGRAFO**

**Especificação:** TESTE DE CONTROLE DE QUALIDADE DO MAMÓGRAFO

**Quantidade:** 1,0

**Unidade:** Serviço

**Valor unitário:** R\$ 1.000,00

**Valor total:** R\$ 1.000,00

**Fabricante/Marca:** -

**Modelo:** --

**Valor de referência:** R\$ 1.250,00

---

**3 - TESTE DE CONTROLE DE QUALIDADE DO TOMÓGRAFO**

**Especificação:** TESTE DE CONTROLE DE QUALIDADE DO TOMÓGRAFO

**Quantidade:** 1,0

**Unidade:** Serviço

**Valor unitário:** R\$ 1.000,00

**Valor total:** R\$ 1.000,00

**Fabricante/Marca:** -

**Modelo:** --

**Valor de referência:** R\$ 1.250,00

---

**4 - TESTE DE CONTROLE DE QUALIDADE DO ULTRASSOM**

**Especificação:** TESTE DE CONTROLE DE QUALIDADE DO ULTRASSOM

**Quantidade:** 1,0

**Unidade:** Serviço

**Valor unitário:** R\$ 500,00

**Valor total:** R\$ 500,00

**Fabricante/Marca:** -

**Modelo:** --

**Valor de referência:** R\$ 616,67

---

**5 - TESTE DE CONTROLE DE QUALIDADE DO RAO X PANORÂMICO**

**Especificação:** TESTE DE CONTROLE DE QUALIDADE DO RAO X PANORÂMICO

**Quantidade:** 1,0

**Unidade:** Serviço

**Valor unitário:** R\$ 750,00

**Valor total:** R\$ 750,00

**Fabricante/Marca:** -

**Modelo:** --

**Valor de referência:** R\$ 866,67

---



**OMEGARAD FÍSICA MÉDICA E  
RADIOPROTEÇÃO LTDA  
40.911.796/0001-59**



**6 – TESTE DE CONTROLE DE QUALIDADE DO RAO X PERIAPICAL**

**Especificação:** TESTE DE CONTROLE DE QUALIDADE DO RAO X PERIAPICAL

**Quantidade:** 1,0

**Unidade:** Serviço

**Valor unitário:** R\$ 500,00

**Valor total:** R\$ 500,00

**Fabricante/Marca:** -

**Modelo:** --

**Valor de referência:** R\$ 666,67

---

**7 – PROGRAMAS DE PROTEÇÃO RADIOLOGICA, GARANTIA DA QUALIDADE E EDUCAÇÃO PERMANENTE**

**Especificação:** PROGRAMAS DE PROTEÇÃO RADIOLOGICA, GARANTIA DA QUALIDADE E EDUCAÇÃO PERMANENTE

**Quantidade:** 2,0

**Unidade:** Serviço

**Valor unitário:** R\$ 250,00

**Valor total:** R\$ 500,00

**Fabricante/Marca:** -

**Modelo:** --

**Valor de referência:** R\$ 383,33

---

**8 – LEVANTAMENTO RADIOMETRICO DAS SALAS COM EQUIPAMENTOS EMISSORES DE RADIAÇÃO IONIZANTE**

**Especificação:** LEVANTAMENTO RADIOMETRICO DAS SALAS COM EQUIPAMENTOS EMISSORES DE RADIAÇÃO IONIZANTE

**Quantidade:** 4,0

**Unidade:** Serviço

**Valor unitário:** R\$ 250,00

**Valor total:** R\$ 1.000,00

**Fabricante/Marca:** -

**Modelo:** --

**Valor de referência:** R\$ 366,67

---

**9 – TESTE DE INTEGRIDA DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL**

**Especificação:** TESTE DE INTEGRIDA DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

**Quantidade:** 14,0

**Unidade:** Serviço

**Valor unitário:** R\$ 50,00

**Valor total:** R\$ 700,00

**Fabricante/Marca:** -

**Modelo:** --

**Valor de referência:** R\$ 75,00

---

**10 – TESTE DE LUMINÂNCIA DOS NEGATOSCÓPIOS**

**Especificação:** TESTE DE LUMINÂNCIA DOS NEGATOSCÓPIOS

**Quantidade:** 21,0

**Unidade:** Serviço

**Valor unitário:** R\$ 50,00

**Valor total:** R\$ 1.050,00

**Fabricante/Marca:** -

**Modelo:** --

**Valor de referência:** R\$ 75,00

---

**Valor total – LAUDOS RADIOMETRICOS:** R\$ 8.000,00 – (oito mil reais)



**OMEGARAD FÍSICA MÉDICA E  
RADIOPROTEÇÃO LTDA  
40.911.796/0001-59**



Valor geral da proposta: R\$ 8.000,00 (oito mil reais)

#### Validade da Proposta

Proposta válida por: 60 dias

#### Dados de Registro da Proposta

Data de finalização do registro da proposta: 14 de Novembro de 2024 às 17:20

#### Dados do Usuário:

Usuário logado como: OMEGARAD

E-mail: [omegarad.fismed@gmail.com](mailto:omegarad.fismed@gmail.com)

CPF/MF: 40.911.796/0001-59