



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria-Geral de Administração – CGA

ANEXO V

RELAÇÃO DO UNIFORME

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR
01	Calça em brim	02	
02	Camiseta em algodão, tipo pólo	02	
03	Pares de meia	02	
04	Cinto	01	
05	Par de sapatos	01	
06	Crachá funcional	01	
VALOR TOTAL ANUAL			
VALOR TOTAL MENSAL			



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria-Geral de Administração – CGA

ANEXO VI
MODELOS DE DECLARAÇÕES EDITALÍCIAS

MODELO DE DECLARAÇÃO
(CIENTE DAS EXIGÊNCIAS EDITALÍCIAS)

A empresa _____, inscrita no CNPJ nº. _____, sediada na _____, DECLARA sob as penas da lei, que até a presente data, está ciente e concorda com as condições contidas no ato convocatório e seus anexos, bem como de que cumpri plenamente todos os requisitos de habilitação definidos no referido documento.

Local e Data

(Assinatura e Carimbo do Declarante)



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria-Geral de Administração – CGA

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE
FATOS IMPEDITIVOS**

A empresa _____, inscrita no CNPJ n°.

_____, sediada na _____

_____, DECLARA sob as penas da lei, que até a presente data, inexistente fato superveniente impeditivo para sua habilitação no processo licitatório, bem como que não está sofrendo nenhuma sanção promovida por Órgão ou Entidade Pública, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Local e Data

(Assinatura e Carimbo do Declarante)



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria-Geral de Administração – CGA

MODELO DE DECLARAÇÃO (MENOR DE IDADE)

_____ (nome da empresa), inscrita no CNPJ sob
Nº _____, por intermédio de seu representante legal, Sr.
(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº
_____ Órgão expedidor _____ e do C.P.F nº _____,

DECLARA, para fins de cumprimento do disposto no inciso XXXIII do Art. 7º da Constituição Federal, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e que não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ()
(assinalar com “x” a ressalva acima, caso verdadeira)

(Local e data)



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria-Geral de Administração – CGA

(representante legal com – nome e cargo)



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria-Geral de Administração – CGA

MODELO DE DECLARAÇÃO DE ELABORAÇÃO INDEPENDENTE DE PROPOSTA

_____ (nome da empresa), inscrita no CNPJ nº. _____, doravante denominada (Licitante), por intermédio de seu representante legal o(a) Sr.(a) _____, portador (a) da Carteira de Identidade nº. _____ e de CPF nº. _____, para fins do disposto no Edital (modalidade) nº. _____, DECLARA, sob as penas da lei, em especial o art. 299 do Código Penal Brasileiro, que: a proposta apresentada foi elaborada de maneira independente (pelo Licitante), e que o conteúdo da proposta anexa não foi, no todo ou em parte, direta ou indiretamente, informado, discutido com ou recebido de qualquer outro participante potencial ou de fato do certame em referência, por qualquer meio ou por qualquer pessoa; a intenção de apresentar a proposta elaborada não foi informada, ou discutida com ou recebida de qualquer outro participante potencial ou de fato do certame em referência, por qualquer meio ou por qualquer pessoa; que não tentou, por qualquer meio ou por qualquer pessoa, influir na decisão de qualquer outro participante potencial ou de fato do certame em referência, quanto a participar ou não da referida licitação; que o conteúdo da proposta anexa não será, no todo ou em parte, direta ou indiretamente, comunicado a ou discutido com qualquer outro participante potencial ou de fato do certame em referência, antes da adjudicação do objeto da referida licitação; que o conteúdo da proposta anexa não foi, no todo ou em parte, direta ou indiretamente, informado a, discutido com ou recebido de qualquer integrante da Comissão Permanente de Licitação – CPL antes da abertura oficial das propostas; e que está plenamente ciente do teor e da extensão desta declaração e que detém plenos poderes e informações para firmá-la.

(Local e data)_

(Assinatura e Carimbo do Declarante)



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria-Geral de Administração – CGA

MODELO DE DECLARAÇÃO
(TRABALHO DEGRADANTE OU FORÇADO)

_____ (nome da empresa), inscrita no CNPJ sob
Nº _____, por intermédio de seu representante legal, Sr.
(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº
_____ Órgão expedidor _____ e do C.P.F nº _____,

DECLARA, que não possui, em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art.1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal.

(Local e data)



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria-Geral de Administração – CGA

(Assinatura e Carimbo do Declarante)



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria-Geral de Administração – CGA

**MODELO DE DECLARAÇÃO
(PESSOAS COM DEFICIÊNCIA)**

_____ (nome da empresa), inscrita no CNPJ sob
Nº _____, por intermédio de seu representante legal, Sr.
(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº
_____ Órgão expedidor e do C.P.F nº __, **DECLARA**, que os
serviços produzidos ou prestados por empresas cumpri reserva de cargos prevista em lei para pessoa com
deficiência ou para reabilitado da Previdência Social e que atende às regras de acessibilidade previstas na
legislação, conforme disposto no art. 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.

(Local e data)

(Assinatura e Carimbo do Declarante)

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Rua. Madri, n.º 180 – Bairro Aeroporto - Boa Vista – Roraima - CEP: 69.310-043
(95) 2121-0521



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria-Geral de Administração – CGA

MODELO DE DECLARAÇÃO DO LOCAL DO ESCRITÓRIO

_____ (nome da empresa), inscrita no CNPJ sob
Nº _____, por intermédio de seu representante legal, Sr.
(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº
_____ Órgão expedidor _____ e do C.P.F nº _____,

DECLARA, para fins de cumprimento do disposto no artigo 19, § 5º, da IN nº 02/08 –
SLTI/MPOG, alterada pela IN nº 06/13 – SLTI/MPOG, que possuímos escritório em local no
município de Boa Vista e condições para cumprimento do contrato.

(Local e data)

(Assinatura e Carimbo do Declarante)

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Rua. Madri, n.º 180 – Bairro Aeroporto - Boa Vista – Roraima - CEP: 69.310-043
(95) 2121-0521



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria-Geral de Administração – CGA

MODELO DE DECLARAÇÃO DE INCLUSÃO DE TODOS OS ÔNUS

O(A) empresa _____, inscrita no CNPJ nº.
_____, sediada na _____
_____, DECLARA que os preços propostos correspondem a todas
as despesas concernentes ao objeto da licitação, incluindo frete, impostos, taxas e outros
encargos de qualquer natureza.

Local e Data

(Assinatura e Carimbo do Declarante)