



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAPÁ

DISPENSA ELETRÔNICA N.º 001/2026

ANEXO II: MODELO DE PROPOSTA

(Processo Administrativo SEI nº 26.3.000000195-4)

DADOS DA EMPRESA		
Razão Social:		CNPJ:
Endereço:		Tel/Fax:
CEP:	Cidade:	UF:
Banco:	Agência:	C/C:
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA:		
Nome:		
Endereço:		
CEP:	Cidade:	UF:
CPF:	Cargo/Função	
RG:	Orgão Expedido:	
Naturalidade:	Nacionalidade:	

Item	Especificação	CATMAT	Modelo de Referência	Quantidade	Valor Unitário
01	Microfone duo combo duplo (Hollyland Lark)	404420	Marca: Hollyland https://www.amazon.com.br/dp/B0B527QM4X?ref=cm_sw_r_apan_dp_WSXKX4BCTTRP9JQB6C0W&language=pt-BR	01 kit	R\$
02	Câmera Nikon Z30 com lente grande angular	485489	Marca: Nikon https://www.amazon.com.br/dp/B0B527QM4X?ref=cm_sw_r_apan_dp_WSXKX4BCTTRP9JQB6C0W&language=pt-BR	01	R\$
03	Ring Light profissional 18" com tripé	487703	https://l1nk.dev/0y8Mb	01	R\$



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAPÁ

04	Teleprompter para celular	611025	https://acesse.on/e/7zPrk	01	R\$
05	Celular com 8GB RAM, Câmera 50MP, Tela Super AMOLED 6.7", Certificação IP67, Recursos de Inteligência Artificial, desempenho rápido e fluido, conectividade 5G.	626069	https://a.co/d/0f0dGeh8	01	R\$
06	Tablet 128Gb e 6Gb RAM, Android 15	613323	https://a.co/d/0dRIkCAM	01	R\$

- Validade da Proposta: 60 (sessenta) dias, contados da data de sua apresentação. Declaramos que estamos de pleno acordo com todas as condições estabelecidas neste instrumento e seus anexos, bem como aceitamos todas as obrigações e responsabilidades especificadas no Termo de Referência. O licitante arrematante deverá apresentar catálogo/manual oficial do fabricante de cada item ofertado, bem como suas respectivas descrições, de forma que o Contratante possa verificar o atendimento correto das especificações. No caso de catálogo oficial do fabricante estar disponível em páginas WEB, o licitante arrematante deverá, também, constar URL da página do fabricante. O não atendimento das especificações importará em desclassificação. Prazo para entrega: Os produtos nas quantidades solicitadas serão entregues no prazo de 30 (trinta) dias após a emissão da Autorização de Fornecimento, na sede do CRM-AP, localizado na Avenida Feliciano Coelho, nº1060, Bairro Trem – CEP: 68901.025 – Macapá/AP, em horário previamente acertado.
- A proposta reformulada não poderá conter nenhum item com valor superior àquele estabelecido como máximo aceitável pela Entidade (item 11.1 do TR); (Decisão TCU 253/2002 - Plenário)
- Os preços contidos nesta proposta incluem todos os custos diretos e indiretos para a entrega dos objetos desta contratação, inclusive as despesas com transportes, materiais, mão-de-obra especializada ou não, seguros em geral, equipamentos, ferramentas, encargos da legislação social, trabalhista e previdenciária, quaisquer danos causados a terceiros ou dispêndios resultantes de taxas, regulamentos e impostos municipais, estaduais e federais, tributos



**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAPÁ**

incidentes, taxa de administração, material, serviços, seguros, frete, embalagens, lucro, honorários profissionais), despesas de hospedagem, alimentação e deslocamento dos profissionais e quaisquer outros custos que direta ou indiretamente se relacionem com o fiel cumprimento do objeto deste Edital, ficando esclarecido que a parte Contratante não admitirá qualquer alegação posterior que vise ressarcimento de custos não considerados nos preços ofertados.

- Local e data
- Nome e assinatura do responsável legal

OBS: Este documento deverá ser preenchido em papel timbrado do licitante.

DISPENSA ELETRÔNICA N.º 001/2026

ANEXO III: MODELO DE DECLARAÇÕES



Av. Feliciano Coelho 1060, B. Trem | Fone: (96) 3222-7735
CEP: 68901-025 Macapá-AP | <http://www.crmmap.cfm.org.br>
Email: compras@crmmap.org.br



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAPÁ

(Processo Administrativo SEI nº 26.3.000000195-4)

Empresa: _____

C.N.P.J(MF): _____ Tel: _____

Endereço: _____

E-mail: _____

Representante Legal: _____

- O Representante Legal da Empresa, acima identificado, DECLARA que conheceu e compreendeu por inteiro o teor do Edital da DISPENSA ELETRÔNICA Nº XXXX, que tomou conhecimento de todas as informações necessárias para subsidiar a formulação de sua proposta, e que temos pleno conhecimento das condições e peculiaridades inerentes à natureza da contratação, assumimos total responsabilidade por este fato e não utilizaremos deste para quaisquer questionamentos futuros que ensejem desavenças técnicas ou financeiras com a Contratante, pelo que aceitamos seus termos e comprometemo-nos a atendê-lo integralmente.
- Declaramos que a Empresa não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos; () Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz. (Observação: em caso afirmativo, incluir a ressalva acima).
- Declaração de que a empresa não possui proprietário, sócios ou funcionários que sejam servidores ou agentes políticos do órgão ou entidade contratante ou responsável pela licitação, bem como não possui proprietário ou sócio que seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau reta e colateral, e por afinidade, até o segundo grau, de agente político do órgão, de servidores efetivos, comissionado ou temporário ou responsáveis pela licitação. Nos termos do art. 7º do Decreto nº 7.203, de 2010, é vedada, ainda, a utilização, na execução dos serviços contratados, de empregado da futura Contratada que seja familiar de agente público ocupante de cargo em comissão ou função de confiança neste órgão contratante.

Macapá-AP,de.....de 2026.

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL



Av. Feliciano Coelho 1060, B. Trem | Fone: (96) 3222-7735
CEP: 68901-025 Macapá-AP | <http://www.crmmap.cfm.org.br>
Email: compras@crmmap.org.br



**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAPÁ**

EMPRESA LICITANTE

CNPJ

Telefone:

E-mail:

OBS: Este documento deverá ser preenchido em papel timbrado do licitante.