

**AVISO DE DISPENSA**  
**Protocolo: 2024010891**

**Artigo 75, § 3º da Lei nº 14.133/2021**

A Prefeitura Municipal de Catalão, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE PROMOÇÃO E AÇÃO SOCIAL**, por meio de sua interina, Adriete Corradi Fonseca Fayad Elias, em obediência ao Artigo 75, § 3º da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, vem, por meio do presente, tornar pública a **manifestação de interesse da Secretaria em obter propostas adicionais de eventuais interessados em “CONSULTA PARA EXAME CLINICO OCUPACIONAL PARA ATENDER OS MENORES APRENDIYES DO C.C.P.A.”**

”.

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE
1	Exame Clinico Ocupacional	Serviço	300

Os orçamentos deverão ser enviados para o endereço eletrônico: [catalaoacaosocial@gmail.com](mailto:catalaoacaosocial@gmail.com) até o dia 22 de março de 2024, de acordo com o Modelo de Proposta em anexo.

Catalão (GO) aos, 19 DE MARÇO DE 2024

**Adriete Corradi Fonseca Fayad Elias**  
**Secretária de Promoção e Ação Social**  
**Decreto nº 05 de 01 de Janeiro de 2021.** (Documento Original Assinado)

**ANEXO I**

**PROPOSTA COMERCIAL**

À Prefeitura Municipal de Catalão

Apresentamos a nossa proposta de preços, detalhada na planilha abaixo, para CONSULTA PARA EXAME CLINICO OCUPACIONAL PARA ATENDER OS MENORES APRENDIYES DO C.C.P.A conforme especificação constante do Aviso de Dispensa Protocolo 2024010891, estando Cientes dos prazos para cumprimento do objeto, que estão previstos no mesmo. Para tanto, nos propomos a fornecer os materiais listados pelos preços unitários constantes da planilha de quantitativos anexa e pelo preço global de R\$ \_\_\_\_\_.

Enviar Cópia do Contrato Social e Cópia dos documentos dos Sócios.

**Dados da Empresa**

Razão Social: \_\_\_\_\_;

CNPJ n.º: \_\_\_\_\_;

Endereço Completo: \_\_\_\_\_;

Fone: \_\_\_\_\_;

E-mail: \_\_\_\_\_;

Site ou similar: \_\_\_\_\_;

Conta Bancária/Agência/Banco: \_\_\_\_\_;

Razão Social \_\_\_\_\_;

Responsável e Administrador: \_\_\_\_\_;

Obs.: Usar formatação oficial da empresa que a identifique

Catalão (GO) aos, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

Assinatura do Responsável

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE
1	Exame Clinico Ocupacional	Serviço	300