

# **PROPOSTA DE PREÇOS AJUSTADA**

O(A) PREGOEIRO(A) DA PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE.

PROCESSO: PREGÃO ELETRÔNICO Nº 2025.07.04.1

Data e Hora de abertura: 13/08/2025 às 8h30min

RAZÃO SOCIAL: VIDEN PATOLOGIA LTDA CNPJ: 29.119.417/0001-50

ENDEREÇO: AV DOM LUIS, 300, SALAS 830 829 905 728, ALDEOTA, FORTALEZA, CEARÁ. CEP: 60.160-196

FONE: (85) 99676-4629

BANCO: BANCO BRADESCO AGÊNCIA Nº: 0628 CONTA CORRENTE Nº: 19404-2

Email: financeiro.viden@gmail.com

**OBJETO:** CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA A REALIZAÇÃO DE EXAMES DE BIÓPSIA, INCLUINDO A COLETA DE MATERIAL, PARA ATENDIMENTO À POPULAÇÃO USUÁRIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, CONFORME DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE HORIZONTE/CE.

| TABELA DE PREÇOS – AJUSTADA - GRUPO 1 |                                                                          |      |       |        |            |                |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------|-------|--------|------------|----------------|
| ITEM                                  | ESPECIFICAÇÃO                                                            | UNID | QUANT | CATMAT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL    |
| 1                                     | BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE (NERVOS E LESÃO DE PELE)     | unid | 400   | 6840   | R\$ 70,00  | R\$ 28.000,00  |
| 2                                     | BIOPSIA DE LESÃO DE PARTES MOLES (POR AGULHA)                            | unid | 400   | 12050  | R\$ 150,00 | R\$ 60.000,00  |
| 3                                     | BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES                                           | unid | 400   | 12050  | R\$ 85,00  | R\$ 34.000,00  |
| 4                                     | EXAME ANÁTOMO PATOLÓGICO MAMA (NÓDULO)                                   | unid | 400   | 6734   | R\$ 56,90  | R\$ 22.760,00  |
| 5                                     | EXAME ANÁTOMO PATOLÓGICO COLO DE ÚTERO (FRAGMENTOS)                      | unid | 400   | 6742   | R\$ 70,00  | R\$ 28.000,00  |
| 6                                     | CITOPATOLÓGICO DE MAMA (LÂMINA)                                          | unid | 400   | 6777   | R\$ 55,00  | R\$ 22.000,00  |
| 7                                     | CITOPATOLÓGICO CÉRVICO-VAGINAL                                           | unid | 400   | 6769   | R\$ 45,00  | R\$ 18.000,00  |
| 8                                     | IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS ESTÔMAGO, INTESTINO, MAMA, PELE | unid | 400   | -      | R\$ 670,00 | R\$ 268.000,00 |
| 9                                     | ANATOMOPATOLÓGICO DE ESTOMAGO, ESÔFAGO E INTESTINO                       | unid | 400   | -      | R\$ 92,00  | R\$ 36.800,00  |

| TABELA DE PREÇOS – AJUSTADA - GRUPO 1 |                                        |      |       |        |            |                |
|---------------------------------------|----------------------------------------|------|-------|--------|------------|----------------|
| ITEM                                  | ESPECIFICAÇÃO                          | UNID | QUANT | CATMAT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL    |
| 10                                    | BIOPSIA DE PRÓSTATA (ATE 8 FRAGMENTOS) | unid | 400   | -      | R\$ 700,00 | R\$ 280.000,00 |
| VALOR TOTAL DO GRUPO: R\$ 797.560,00  |                                        |      |       |        |            |                |

VALOR TOTAL DO GRUPO: R\$ 797.560,00 (Setecentos e noventa e sete mil, quinhentos e sessenta reais).

VALIDADE DA PROPOSTA: 90 (noventa) dias. *✓*

**OBSERVAÇÕES:**

- O proponente declara que tem o pleno conhecimento, aceitação e cumprirá as obrigações contidas no anexo I – Termo de Referência do edital; *✓*
- Independente de declaração expressa, fica subentendida que no valor proposto estão incluídas todas as despesas necessárias ao fornecimento, inclusive as relacionadas com:
  - Encargos sociais, trabalhistas, previdenciários e outros; *✓*
  - Tributos, taxas e tarifas, emolumentos, licenças, alvarás, multas e/ou quaisquer infrações; *✓*
  - Seguros em geral, da infortunistica e de responsabilidade civil para quaisquer danos e prejuízos causados à Contratante e/ou a terceiros, gerados direta ou indiretamente pelo fornecimento. *✓*

Fortaleza, 13 de agosto de 2025. *✓*

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** CHARLES IELPO MOURAO  
Data: 13/08/2025 09:53:41-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**CHARLES IELPO MOURÃO**  
**SÓCIO-ADMINISTRADOR**

CPF: 671.332.233-68  
RG 2001010289460 SSP/CE  
VIDEN PATOLOGIA LTDA  
CNPJ: 29.119.417/0001-50