

|               |            |
|---------------|------------|
| SEQ. Nº       | 10.082     |
| CÓD. CLIENTE: | 16610      |
| PORTAL :      | COMPRASNET |
| ID:           | 925120     |

**SEC. DE ESTADO DA SAUDE/ESPÍRITO  
SANTO / SEC EST SAUDE/ES**

|                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| Pregão Eletrônico:      | 264/2025            |
| Data e Hora de Abertura | 30/06/2025 10:00:00 |

**GANHAMOS**

|                |        |       |     |
|----------------|--------|-------|-----|
| CADASTRADO POR | FLÁVIA | CIMED | NÃO |
| CONFERIDO POR  | ANDRÉ  |       |     |
| DISPUTADO POR  | VICTOR |       |     |

|                     |                  |                       |               |
|---------------------|------------------|-----------------------|---------------|
| PROPOSTA INICIAL:   | R\$ 4.422.340,02 | REF#:                 | R\$ 74.832,00 |
| QUANT. ITENS DISP.: | 2                | QUANT. ITENS GANHOS.: | 1             |

|                  |                      |
|------------------|----------------------|
| <b>GARANTIAS</b> | <b>SEM GARANTIAS</b> |
|------------------|----------------------|

|        |  |                  |  |
|--------|--|------------------|--|
| AIRELA |  | HYPERA           |  |
| AMED   |  | MEDQUIMICA       |  |
| BIOLAB |  | MERCK            |  |
| CREMER |  | PRATTI DONADUZZI |  |
| EMS    |  | SANDOZ           |  |
| GEOLAB |  | UNIÃO QUÍMICA    |  |

Ciente.: 16610-SEC. DE ESTADO DA SAUDE/ESPÍRITO SANTO  
Att.: COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
Ref.: .

Folha: 159950/0001  
Data: 30/06/2025

PREGAO ELETRONICO No. 264/2025  
Abertura: 30/06/2025 Hora: 10:00

Tipo: ITEM  
Objeto: MEDICAMENTOS

*Intervalo de 0,51 (cinco décimos por cento)*

| Item | Quantidade | Apr. | Discriminação                                                                                                                                                                                  | Marca/Fabricante | Vlr.    | Unit.        | Total |
|------|------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------|--------------|-------|
| 2    | 195.700,00 | UND  | 448982 - ENOXPARINA SODICA 40MG APRES. C/10 SERINGAS IV PRONTO USO - COM TRAVA DE SEGURANÇA -<br>Nome do Produto :HEPARINOX<br>COD. GGREM : 506720020081407<br>Registro no M.S.: 1029805080371 | CRISTALIA-S(S)   | 22,0182 | 4.308.961,74 |       |
| 4    | 77.950,00  | AMP  | 267282 - HIOSCINA 20 MG APRES. CX/100 AMP 1ML (G) GENERICO<br>COD. GGREM : 508317050021506<br>Nome do Produto :BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA<br>Registro no M.S.: 1108500430011                 | FARMACE-CE(CE)   | 1,4545  | 113.378,28   |       |

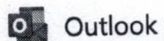
Total Geral: 4.422.340,02  
(QUATRO MILHOES, QUATROCENTOS E VINTE E DOIS MIL, TREZENTOS E QUARENTA REAIS E DOIS CENTAVOS)

Declaramos que concordamos com todas as normas que regem este edital, impostos e despesas inclusos nos preços.  
Material de procedencia nacional.  
ALÍQUOTA DE ICMS DO ESTADO DE : 20.5%  
VALIDADE DOS PRODUTOS COTADOS: 24 (vinte e quatro) meses.

DECLARAMOS QUE A EMPRESA NÃO COMERCIALIZA MEDICAMENTOS FRACIONÁVEIS.  
Declaro que nos preços propostos encontram-se incluídos todos os tributos, encargos sociais, frete até o destino e quaisquer outros ônus que porventura possam recair sobre o fornecimento do objeto da presente licitação e que estou de acordo com todas as normas deste edital e seus anexos.  
Declaramos que compreendemos a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infra legais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de entrega das propostas

Validade da Proposta ...: 60 DIAS  
Prazo de Entrega .....: 20 DIAS  
Condições de Pagamento : 10 DIAS ÚTEIS

DROGAFONTE LTDA



Outlook

---

**?? Notificação de Proposta Finalizada:**

---

De App Drogafonte <app.drogafonte@drogafonte.com.br>

Data Sex, 20/06/2025 17:25

Para Email de notificação Preço Fabrica Proposta <notificapropostadigitacao@drogafonte.com.br>

 **Verificação de proposta**

A proposta número 159950 do cliente código 16610 - SEC. DE ESTADO DA SAUDE/ESPÍRITO SANTO

Usuário: MILIANA.KELLY

não possui itens com preço superior ao preço de fábrica.

|                                   |  |                                        |  |                 |  |                                          |  |   |  |
|-----------------------------------|--|----------------------------------------|--|-----------------|--|------------------------------------------|--|---|--|
| DATA DA LEITURA:                  |  | 19/06/2025                             |  | ORGÃO:          |  | SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES/ES   |  |   |  |
| CODIGO                            |  | ID 10082 - UASG 925120                 |  | VENDEDOR:       |  | ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO              |  |   |  |
| PROCESSO                          |  |                                        |  | MODALIDADE:     |  | PREGÃO ELETRÔNICO Nº 264/2025            |  |   |  |
| ABERTURA                          |  | 30/06/2025                             |  | OBJETO:         |  | MEDICAMENTOS                             |  |   |  |
| HORA                              |  | 10:00                                  |  | VALIDA PROP.    |  | 60 DIAS                                  |  |   |  |
| JULGAMENTO                        |  | ITEM                                   |  | ENTREGA         |  | 20 DIAS                                  |  |   |  |
| CASAS DEC.:                       |  | 4 CASAS UNIT. e 2 CASAS TOTAL          |  | PAGAMENTO       |  | 10 DIAS ÚTEIS                            |  |   |  |
| LEI 14.133/2021                   |  | SIM                                    |  | PRAZO DA DOC.   |  | READEQUADA + HAB, VIA SISTEMA, PRAZO 2H; |  |   |  |
| VIGENCIA                          |  | 12 MESES                               |  | SISTEMA         |  | (www.gov.br/compras)                     |  |   |  |
| LEITURA POR:                      |  | JOICE EDUARDA                          |  | MODO DE DISPUTA |  | ABERTO E FECHADO                         |  |   |  |
| Págs                              |  | DOCUMENTOS EXIGIDOS                    |  | H               |  | P                                        |  | F |  |
| ANEXO II - 1.1.4                  |  | CONTRATO SOCIAL                        |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| ANEXO II - 1.1.11                 |  | 41ª ALTERAÇÃO CONS.                    |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| ANEXO II - 1.1.4                  |  | CNH - DOS SÓCIOS                       |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| ANEXO II - 1.2.1                  |  | CNPJ. Cod: 6                           |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| ANEXO II - 1.2.6                  |  | FGTS                                   |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| ANEXO II - 1.2.3                  |  | INSS                                   |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| ANEXO II - 1.2.3                  |  | CERT. FEDERAL                          |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| ANEXO II - 1.2.4                  |  | CERT. ESTADUAL                         |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| ANEXO II - 1.2.5                  |  | DIVIDA ATIVA ESTADUAL                  |  |                 |  |                                          |  |   |  |
| ANEXO II - 1.2.5                  |  | CERT. MUNICIPAL                        |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| ANEXO II - 1.2.2                  |  | CIM                                    |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| ANEXO II - 1.2.2                  |  | INSCRIÇÃO ESTADUAL                     |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| ANEXO II - 1.2.7                  |  | MTE - DÉBITOS TRABALHISTAS             |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| ANEXO II - 1.3.4                  |  | BALANÇO (2023/2024)                    |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| X                                 |  | CERT. CONTADOR CRC                     |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| ANEXO II - 1.3.2                  |  | CERTIDÃO DE FALÊNCIA                   |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| ANEXO II - 1.3.2                  |  | CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM               |  |                 |  |                                          |  |   |  |
| ANEXO II - 1.3.2                  |  | CARTÓRIOS PROTESTO                     |  |                 |  |                                          |  |   |  |
| ANEXO II - 1.3.2                  |  | CERTIDÃO DO FORO                       |  |                 |  |                                          |  |   |  |
| TR 3.14. / 1.4.8                  |  | LIC. FUNC. - MEDICAMENTO               |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| TR 3.15. / 1.4.9                  |  | AFE COMUM - ANVISA                     |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| TR 3.15. / 1.4.9                  |  | AFE COMUM - DOU                        |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| TR 3.16. / 1.4.9.1                |  | AFE ESPECIAL - ANVISA                  |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| TR 3.16. / 1.4.9.1                |  | AFE ESPECIAL - DOU                     |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| TR 3.14. / 1.4.8                  |  | ALVARÁ LOCALIZAÇÃO                     |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| ANEXO II - 1.3.4.2 (10%)          |  | SIMPLIFICADA - JUCEPE                  |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| ANEXO II - 1.3.4.2 (10%)          |  | SIMPLIFICADA - ESPECIFICA              |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| TR 3.11. / ANEXO II - 1.4.2       |  | CONSELHO DE FARMÁCIA                   |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| TR 3.11. / ANEXO II - 1.4.2       |  | CERTIDÃO FARMÁCIA                      |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| TR 3.11. / ANEXO II - 1.4.2       |  | DOC. FARMACÊUTICO                      |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| 7.1.2 CONSULTA                    |  | CRC NA PREFEITURA                      |  |                 |  |                                          |  |   |  |
| 7.1.1 CONSULTA                    |  | CADFOR                                 |  |                 |  |                                          |  |   |  |
| 7.1.1 CONSULTA                    |  | CERTIDÃO DO ICMS                       |  |                 |  |                                          |  |   |  |
| TR 3.12. 50% / ANEXO II 1.4.3 (b) |  | SICAF                                  |  |                 |  |                                          |  |   |  |
| TR 3.12. 50% / ANEXO II 1.4.3 (b) |  | ATEST DE CAP TEC PUBLIC.               |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| TR 3.12. 50% / ANEXO II 1.4.3 (b) |  | ATEST DE CAP TEC PRIVAD                |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| TR 3.12. 50% / ANEXO II 1.4.3 (b) |  | ATEST CAP PUBLIC CONTRATO              |  |                 |  |                                          |  |   |  |
| TR 3.12. 50% / ANEXO II 1.4.3 (b) |  | RELAÇÃO DE APENADOS - TCE SP           |  |                 |  |                                          |  |   |  |
| 7.1.3 CONSULTA                    |  | CERTIDÃO DO CEIS                       |  |                 |  |                                          |  |   |  |
| 7.1.4 CONSULTA                    |  | CERTIDÃO DO CNEP                       |  |                 |  |                                          |  |   |  |
| 7.1.4 CONSULTA                    |  | CERTIDÃO DO TCU                        |  |                 |  |                                          |  |   |  |
| 7.1.4 CONSULTA                    |  | CERT PROTESTO DOS SÓCIOS               |  |                 |  |                                          |  |   |  |
| 7.1.4 CONSULTA                    |  | DECRETO FAZENDA MUNICIPAL              |  |                 |  |                                          |  |   |  |
| 7.1.4 CONSULTA                    |  | CERT DISTRIBUIÇÃO FEDERAL              |  |                 |  |                                          |  |   |  |
| 7.1.4 CONSULTA                    |  | CERTIDÃO - TRT 6ª REGIÃO               |  |                 |  |                                          |  |   |  |
| 7.1.4 CONSULTA                    |  | CERT NEG DÉB FISCAIS ESTADO            |  |                 |  |                                          |  |   |  |
| 7.1.4 CONSULTA                    |  | CONTRATO EMPRESA RESÍDUOS              |  |                 |  |                                          |  |   |  |
| ANEXO II - 1.3.6                  |  | DECLARAÇÃO DO CONTADOR                 |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| ANEXO II - 1.2.4                  |  | CERTIDÃO ESTADUAL DO ES                |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| X                                 |  | MANUAL DE BOAS PRÁTICAS                |  |                 |  |                                          |  |   |  |
| X                                 |  | PROCURAÇÃO ERIKA MILLANE               |  | X               |  |                                          |  |   |  |
| ENVELOPE HAB.                     |  | SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES/ES |  | X               |  |                                          |  |   |  |

|                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
|----------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------|--|---|--|---|--|---|--|
| Págs                 |  | DOCUMENTOS EXIGIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Obs.                                   |  | H |  | P |  | F |  |
| ANEXO III.A          |  | NOME COMERCIAL, N° GGREM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | PROPOSTA                               |  |   |  |   |  |   |  |
| ANEXO III.A - PÁG 82 |  | INSERIR DECLARAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | PROPOSTA                               |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | VALOR ESTIMADO: R\$ 3.667.087,73                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | X                                      |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | AMOSTRAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | BOAS PRÁTICAS DE FABRI.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | CBPF DE ORIGEM + TRADUÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO, CONCENTRAÇÃO, APRESENTAÇÃO, FORMA FARMACÊUTICA E DESCRIÇÃO NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | ANEXO I - TR                           |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | PROCEDÊNCIA E ORIGEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | PROPOSTA                               |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | DIGITAR CONFORME ANEXO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | REGISTRO DE MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | X                                      |  | X |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | REGISTRO MATERIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | RG/MS MED - PET 01 ( ) 02 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | SE FOR O CASO                          |  | X |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | NOTIFICAÇÃO SIMPLIFICADA + CÓPIA DO RÓTULO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | PROPOSTA                               |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | Convênio de ICMS nº. 087/02 - desconto do ICMS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | Nº DO ITEM NO CBPF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 13 DÍGITOS                             |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | Nº DO RG/MS NA PROPOSTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | PROPOSTA                               |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | VALOR UNITÁRIO E TOTAL COM E SEM ICMS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | SE FOR O CASO                          |  | X |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | Apresentar a publicação no DOU da dispensa de registro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | LIC. FUNC. EST. MED. FRABRI.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 12 MESES                               |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | VALIDADE DOS PRODUTOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | PROPOSTA VIA 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | As propostas comerciais das licitantes deverão conter o preço resultante da isenção do ICMS conferida, que será o preço a ser considerado como base para a etapa de lances e julgamento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | PROPOSTA                               |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | BULA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | PROPOSTA                               |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | INSERIR DECLARAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | PROPOSTA                               |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | CÓDIGO SIADES/CATMAT/CÓD. SIGA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | PROPOSTA                               |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | OBSERVAR LOCAIS DE ENTREGA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | X                                      |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | NAO ACEITA PROTOCOLO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | ENVELOPE PROP.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES/ES |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | 5.1 - O licitante deverá enviar sua proposta mediante o preenchimento, no sistema eletrônico, dos campos indicados. 5.2 - Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam o licitante.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | 1.7 - Esta licitação será julgada sob o critério: Menor Preço por item. 6.4 - O lance deverá ser ofertado pelo valor unitário do item. 6.7 - O intervalo mínimo deverá ser de 0,5 % (cinco décimos por cento). 6.8 - O licitante poderá, uma única vez, excluir seu último lance ofertado, no intervalo de quinze segundos após o registro no sistema, na hipótese de lance inconsistente ou inaceitável.                                                                                              |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | 6.21.4 - O Pregoeiro solicitará ao licitante mais bem classificado que, no prazo de 2 (duas) horas, envie a proposta, adequada, juntamente com os Dados Complementares. 8.2 - Os documentos exigidos para fins de habilitação o deverão ser enviados, em formato digital, por meio do sistema. O Licitante vencedor deverá providenciá-los no prazo de até 02 (dois) dias úteis.                                                                                                                       |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | DECLARAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | DEC. DE REQ. DE HAB.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | DADOS DO REPRESENTANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | CARTA CREDENCIAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | X                                      |  | X |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | DECLARAÇÃO GERAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | ANEXO III.B                            |  | X |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | DADOS COMPLEMENTARES PARA ASSINATURA DO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | DECLARAÇÕES COM FIRMA RECONHECIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | SERÃO DESCLASSIFICADAS AS PROPOSTA QUE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | 7.4 - Será também desclassificada a proposta vencedora que: 7.4.1 - contiver vícios insanáveis; 7.4.2 - não obedecer às especificações técnicas contidas no Termo de Referência; 7.4.3 - apresentar preços inexequíveis ou permanecerem acima do preço máximo definido para a contratação; 7.4.4 - não tiverem sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração; 7.4.5 - apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste Edital ou seus anexos, desde que insanável. |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | E-mail: sesacpl@saude.es.gov.br; Tel.: (27) 3347-5746/5745/5749/5756                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | RECEB. NOME:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |
| 1.4                  |  | EM:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                        |  |   |  |   |  |   |  |



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

Rua Engenheiro Guilherme José Monjardim Varejão, 225, Ed. Enseada Plaza, Enseada do Suá, Vitória, ES, CEP: 29050-260

Tel.: (27) 3347-5746/3347-5745/3347-5749/3347-5756

CNPJ/MF: 27.080.605/0001-96

E-mail Equipe de Pregão: [sesacpl@saude.es.gov.br](mailto:sesacpl@saude.es.gov.br)

**EDITAL DE PREGÃO ELETRÔNICO Nº 264/2025**

**COMPRASGOV: Nº 90264/2025**

O ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, por meio da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, doravante denominada SESA, sediado Rua Engenheiro Guilherme José Monjardim Varejão, 225, Ed. Enseada Plaza, Enseada do Suá, Vitória, ES, CEP: 29050-260, realizará licitação, na modalidade **PREGÃO**, na forma **ELETRÔNICA**, por Pregoeiro e Equipe de Apoio, designados pela **Portaria da SESA nº. 231-S, de 13/06/2024 republicada em 18/06/2024 e alterações, pela Portaria 420-S, de 01/10/2024 publicada em 03/10/2024 e Portaria 123-S, de 17/03/2025 publicada em 19/03/2025**, para **REGISTRO DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS - PERP**, conforme processo E-DOCS nº **2025-VLNW2** nos termos da Lei Federal nº 14.133/2021, do Decreto nº 5354-R/2023, Decreto nº 5352-R/2023, bem como Decreto Nº 5545-R/2023 e demais normas aplicáveis e, ainda, de acordo com as condições estabelecidas neste Edital gerenciado pela **GEAF/NEGEP/PERP**, para atender **exclusivamente aos Hospitais do Espírito Santo, participantes do PERP. CREFES, HEAC, HINSG, HJSN, HRAS, HSJC, e UIJM, HESVV/SESA, HEMOES/SESA.**

de Pregão: <https://sesa.comprasnet.gov.br/procato/licitacao.asp>

**1 - DO OBJETO E DISPOSIÇÕES ESSENCIAIS**

1.1 - O objeto da presente licitação é a contratação de empresa para o fornecimento de **MEDICAMENTOS**, conforme especificações do Termo de Referência, Anexo I deste Edital.

1.2 - A licitação será realizada por item.

1.3 - Contratante: **UASG: 925120** – Órgão Gerenciador

1.4 - Valor Total máximo admitido para a licitação: **R\$ 3.667.087,73 (três milhões, seiscentos e sessenta e sete mil e oitenta e sete reais e setenta e três centavos).**

1.5 - Os preços máximos admitidos para a presente licitação é o que consta no Anexo I deste Edital.

1.6 - O modo de disputa será o **aberto / fechado**.

1.7 - Esta licitação será julgada sob o critério: **Menor Preço por item**.

1.8 - Data e horário da sessão pública: **30 de junho de 2025 às 10h**

1.9 - As despesas decorrentes da presente licitação correrão conforme abaixo: