

|               |             |
|---------------|-------------|
| SEQ. Nº       | 14.087      |
| CÓD. CLIENTE: | 19399       |
| PORTAL :      | NOVO BBMNET |
| ID:           |             |

## MUNICÍPIO DE TAUBATÉ / FMS DE TAUBATÉ - 355410

|                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| Pregão Eletrônico:      | 259/2025            |
| Data e Hora de Abertura | 02/12/2025 08:30:00 |

**PERDEMOS**

|                |       |       |     |
|----------------|-------|-------|-----|
| CADASTRADO POR | ANDRÉ | CIMED | NÃO |
| CONFERIDO POR  | ISAAC |       |     |
| DISPUTADO POR  | ANDRÉ |       |     |

|                     |                |                       |          |
|---------------------|----------------|-----------------------|----------|
| PROPOSTA INICIAL:   | R\$ 112.262,85 | REF#:                 | R\$ 0,00 |
| QUANT. ITENS DISP.: | 3              | QUANT. ITENS GANHOS.: | 0        |

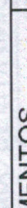
|                  |            |
|------------------|------------|
| <b>GARANTIAS</b> | <b>NÃO</b> |
|------------------|------------|

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

## INFORMAÇÕES FINANCEIRA

|                                |                     |                           |               |
|--------------------------------|---------------------|---------------------------|---------------|
| Quantidade Total de Protestos: | 0                   | Valor Total de Protestos: | 0,00          |
| Farmácia Básica:               | 0,00                | PAB Fixo:                 | 0,00          |
| MAC:                           | 0,00                | Total:                    | 0,00          |
| D. Parecer Financeiro:         | 13/11/2025 08:34:42 | Analista Financeiro:      | maria.eduarda |

Observação Financeira: LISTA NEGRA - COBRA MULTA, CLIENTE MUITO COMPLICADO "LUCIANA DISSE QUE O REPRESENTANTE TEM BOM RELACIONAMENTO E PEDIU PRA ENTRAR NO "PROCESSO" RENATA 02/02/22, PAGA POR NOTA, ATRASO MÉDIO 7 DIAS, NÃO COMPRA DESDE 2020.

| AUTORIZAÇÃO MEDICAMENTOS                                                                                                       | AUTORIZAÇÃO MATERIAIS | ÁREA DESTINADA PARA INFORMAÇÕES DE COMPRAS/GARANTIA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------|
| <div style="text-align: center;">  </div> |                       |                                                     |
| <b>PROTÓCOLOS</b>                                                                                                              |                       |                                                     |

|                          |                          |  |                                                                                                     |
|--------------------------|--------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FINANCEIRO               | GARANTIA DE PREÇO        |  | JUSTIFICATIVA NEGADO                                                                                |
| DATA/HORA ENTREGA: _____ | DATA/HORA ENTREGA: _____ |  | ( ) SEM GARANTIA ( ) NÃO DEU FATURA ( ) ITENS BLOQUEADOS ( ) MEDIC. FORA LINHA ( ) PRAZO DE ENTREGA |
| DATA/HORA RETORNO: _____ | DATA/HORA RETORNO: _____ |  |                                                                                                     |

Ciente.: 19399-MUNICIPIO DE TAUBATE  
Att.: COMISSAO PERMANENTE DE LICITACAO  
Ref.: PROCESSO ADMINISTRATIVO No 31.385/2025

Folha: 165384/0001  
Data: 01/12/2025

PREGAO ELETRONICO No. 259/2025  
Abertura: 02/12/2025 Hora: 08:30

Tipo: ITEM  
Objeto: MEDICAMENTOS

ITEM  
4. CASAS

INTERVIAHO 1%

| Item | Quantidade | Apr. | Discriminacao                                                                                                  | Marca/Fabricante | Vlr.   | Unit. | Total     |
|------|------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------|-------|-----------|
| 1    | 9.000,00   | FR   | ALBENDAZOL 40MG/ML SUSP ORAL FR. CX C/60 FR 10ML ALBEL<br>021.00021.0011-01<br>Registro no M.S.: 1542300440063 | GEOLAB-GO(GO)    | 1,8050 |       | 16.245,00 |
| 2    | 10.500,00  | FR   | AMBROXOL PED. XPE 15MG/5ML FR 100ML. CX C/60 FR (G)<br>021.00710.0008-01<br>Registro no M.S.: 1108500390085    | FARMACE-CE(CE)   | 3,2817 |       | 34.457,85 |
| 5    | 675.000,00 | CAP  | FLUOXETINA 20MG. CX C/500 CAPS (G)<br>021.00451.0006-01<br>Registro no M.S.: 1134301690053                     | HIPOLABOR-M(MG)  | 0,0912 |       | 61.560,00 |

Total Geral: 112.262,85  
(CENTO E DOZE MIL, DUZENTOS E SESSENTA E DOIS REAIS E OITENTA E CINCO CENTAVOS)

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

DECLARAMOS QUE A EMPRESA NAO COMERCIALIZA MEDICAMENTOS FRACIONAVEIS.

Declaro estar ciente e de acordo com as condicoes do edital e seus anexos.

|                                    |              |         |      |
|------------------------------------|--------------|---------|------|
| CHECK LIST                         |              |         |      |
| RECEBIMENTO: 01/12/25 10:35        |              |         |      |
| LIMITE DE CADASTRO: / /            |              |         |      |
| RESPONSÁVEL: <i>Estefany</i>       |              |         |      |
| GARANTIA DE PREÇO                  |              |         |      |
| (F) Cimed (F) Merct (F) Medguimica |              |         |      |
| Demais Indústrias                  |              |         |      |
| RESPONSÁVEL: <i>Witor</i>          |              |         |      |
| ACOMPANHAMENTO                     |              |         |      |
| CADASTRO                           | CONFERÊNCIA  | DISPUTA | REF. |
| <i>Andre</i>                       | <i>Andre</i> |         |      |
| 01/12/25                           | 10:35        |         |      |

Validade da Proposta ...: 90 DIAS

Prazo de Entrega .....: 20 DIAS

Condições de Pagamento : RECEBIMENTO DO 1º AO 10º DIA DO MES, PAGAMENTO DIA 20\*. RECEBIMENTO DO DIA 11º AO 20º DIA DO MES, PAGAMENTO NO ULTIMO DIA UTIL DO MES\*. RECEBIMENTO DO 21º AO FINAL DE CADA MES, PAGAMENTO NO DIA 10 DO

DROGAFONTE LTDA

Adelson

|                             |  |                                                                                                                                                                                                                |  |
|-----------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| DATA DA LEITURA: 24/11/2025 |  | ORGÃO: Prefeitura Municipal de Taubaté/SP                                                                                                                                                                      |  |
| CODIGO ID 14087             |  | VENDEDOR: ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO                                                                                                                                                                          |  |
| PROCESSO Nº 31.385/2025 ✓   |  | MODALIDADE: PREGÃO ELETRÔNICO Nº 259/2025                                                                                                                                                                      |  |
| ABERTURA 02/12/2025 ✓       |  | OBJETO: MEDICAMENTOS                                                                                                                                                                                           |  |
| HORA 08:30 ✓                |  | VALIDA.PROP. 90 DIAS ✓                                                                                                                                                                                         |  |
| JULGAMENTO ITEM ✓           |  | ENTREGA 20 DIAS ÚTEIS ✓                                                                                                                                                                                        |  |
| CASAS DEC.: 4 CASAS         |  | PAGAMENTO Recebimento do 1º ao 10º dia do mês, pagamento dia 20º.<br>Do dia 11º ao 20º dia do mês, pagamento no último dia útil do mês*.<br>Do 21º ao final de cada mês, pagamento no dia 10 do mês seguinte*. |  |
| LEI 14.133/2021 SIM         |  | PRAZO DA DOC. READEQUADA + HABILITAÇÃO, VIA SISTEMA, PRAZO 1H;                                                                                                                                                 |  |
| VIGENCIA 12 MESES           |  | SISTEMA (https://novobmnet.com.br/)                                                                                                                                                                            |  |

| LEITURA POR: JOICE EDUARDA |                                    |   |   | MODOS DE DISPUTA |                    |                                                                                                                                  |              | ABERTO |   |   |  |  |   |  |  |
|----------------------------|------------------------------------|---|---|------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------|---|---|--|--|---|--|--|
| Págs                       | DOCUMENTOS EXIGIDOS                | H | P | F                | Págs               | DOCUMENTOS EXIGIDOS                                                                                                              | Obs.         | H      | P | F |  |  |   |  |  |
| 10.12.3                    | CONTRATO SOCIAL                    | X |   |                  |                    | AFE COMUM LABORATORIO                                                                                                            |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
| 10.12.3                    | 41ª ALTERAÇÃO CONS.                | X |   |                  |                    | AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO                                                                                                     |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
| 10.12.3                    | CNH - DOS SÓCIOS                   | X |   |                  | 1.3                | VALOR ESTIMADO: R\$ 174.647,80 ✓                                                                                                 | X            |        |   |   |  |  |   |  |  |
| 10.14.1                    | CNPJ. Cod: 6                       | X |   |                  |                    | AMOSTRAS                                                                                                                         |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
| 10.14.6                    | FGTS                               | X |   |                  |                    | BOAS PRÁTICAS DE FABRI                                                                                                           |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
| 10.14.3                    | INSS                               | X |   |                  |                    | CBPF DE ORIGEM + TRADUÇÃO                                                                                                        |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
| 10.14.3                    | CERT. FEDERAL                      | X |   |                  | 5.1.1              | INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO E DESCRIÇÃO<br>NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA ✓                                                 | ANEXO I - TR |        |   |   |  |  |   |  |  |
| 10.14.4                    | CERT. ESTADUAL                     | X |   |                  |                    | PROCEDÊNCIA E ORIGEM                                                                                                             |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
|                            | DIVIDA ATIVA ESTADUAL              |   |   |                  |                    | DIGITAL CONFORME ANEXO                                                                                                           |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
| 10.14.5                    | CERT. MUNICIPAL                    | X |   |                  | 5.4.1 + Nº DO ITEM | REGISTRO DE MEDICAMENTO ✓                                                                                                        | X            | X      |   |   |  |  |   |  |  |
| 10.14.5                    | CERTIDÃO IPTU                      | X |   |                  |                    | REGISTRO MATERIAL                                                                                                                |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
| 10.14.2                    | CIM                                | X |   |                  | 5.4.1              | RG/MS MED - PET 01 ( ) 02 ( ) ✓                                                                                                  | SE FOR O     | X      |   |   |  |  |   |  |  |
| 10.14.2                    | INSCRIÇÃO ESTADUAL                 | X |   |                  | 5.4.1.1            | ISENÇÃO DO REGISTRO DOU ✓                                                                                                        | CASO         | X      |   |   |  |  |   |  |  |
| 10.14.7                    | MTE - DEBITOS TRABALHISTAS         | X |   |                  |                    | PROTOCOLO ( )                                                                                                                    |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
|                            | MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ        |   |   |                  |                    | Nº DO ITEM NO CBPF                                                                                                               |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
|                            | BALANÇO                            |   |   |                  | 5.4.1              | Nº DO RG/MS NA PROPOSTA                                                                                                          | 13 DÍGITOS   |        |   |   |  |  |   |  |  |
|                            | CERT. CONTADOR CRC                 |   |   |                  | ANEXO - I (PÁG 21) | INSERIR DECLARAÇÃO ✓                                                                                                             | PROPOSTA     |        |   |   |  |  |   |  |  |
| 10.16.1 180 DIAS           | CERTIDÃO DE FALÊNCIA               | X |   |                  | TR                 | PREÇOS CONFORME TABELA CMED ✓                                                                                                    | PROPOSTA     |        |   |   |  |  |   |  |  |
|                            | CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM           |   |   |                  |                    | LIC. FUNC. EST. MED. PRÁBRI.                                                                                                     |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
|                            | CARTÓRIOS PROTESTO                 |   |   |                  | TR 3.5             | VALIDADE DOS PRODUTOS: ✓                                                                                                         | MÍNIMO 75%   |        |   |   |  |  |   |  |  |
|                            | CERTIDÃO DO FORO                   |   |   |                  |                    | PROPOSTA VIA 1 ✓                                                                                                                 |              |        |   |   |  |  | X |  |  |
| 10.12.6                    | LIC. FUNC. - MEDICAMENTO           | X |   |                  | 5.4.1.3            | Não será aceita cópia reprográfica da referência do respectivo medicamento no DEF - Dicionário de Especialidades Farmacêuticas ✓ | PROPOSTA     |        |   |   |  |  |   |  |  |
|                            | LIC. FUNC. - MATERIAL              |   |   |                  | 5.4.1 + Nº DO ITEM | BULA ✓                                                                                                                           | X            | X      |   |   |  |  |   |  |  |
| 10.13.3                    | AFE COMUM - ANVISA                 | X |   |                  | 5.4.1.2            | CÓPIA DA TABELA CMED ✓                                                                                                           | PROPOSTA     | X      |   |   |  |  |   |  |  |
| 10.13.3                    | AFE COMUM - DOU                    | X |   |                  | 9.9                | EXEQUIBILIDADE                                                                                                                   | PODERÁ       |        |   |   |  |  |   |  |  |
| 10.13.3                    | AFE ESPECIAL - ANVISA              | X |   |                  | TR 1.2.            | CÓDIGO                                                                                                                           | PROPOSTA     |        |   |   |  |  |   |  |  |
| 10.13.3                    | AFE ESPECIAL - DOU                 | X |   |                  |                    | NÃO ACEITA PROTOCOLO                                                                                                             |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
|                            | AFE CORRELATO - ANVISA             |   |   |                  | ENVELOPE PROP.     | Prefeitura Municipal de Taubaté/SP                                                                                               |              |        |   |   |  |  | X |  |  |
|                            | AFE CORRELATOS - DOU               |   |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
| 10.12.6                    | ALVARÁ LOCALIZAÇÃO                 | X |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
|                            | SIMPLIFICADA - JUCEPE              |   |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
|                            | SIMPLIFICADA - ESPECÍFICA          |   |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
| 10.13.4                    | CONSELHO DE FARMÁCIA               | X |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
| 10.13.4                    | CERTIDÃO FARMÁCIA                  | X |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
| 10.13.4                    | DOC. FARMACÊUTICO                  | X |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
|                            | CRC NA PREFEITURA                  |   |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
|                            | CADFOR                             |   |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
| 10.14.4                    | CERTIDÃO DO ICMS                   | X |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
|                            | SICAF                              |   |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
| 10.13.1                    | ATEST DE CAP TEC PUBLIC.           | X |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
|                            | ATEST DE CAP TEC PRIVAD            |   |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
|                            | ATEST CAP PUBLIC CONTRATO          |   |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
|                            | CONSOLIDADA TCU                    |   |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
| 10.1.1 CONSULTA            | CERTIDÃO DO CEIS                   |   |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
| 10.1.2 CONSULTA            | CERTIDÃO DO TCE-SP                 |   |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
| 10.1.3 CONSULTA            | CERTIDÃO DO CNJ                    |   |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
|                            | CERT PROTESTO DOS SÓCIOS           |   |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
|                            | DECRETO FAZENDA MUNICIPAL          |   |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
|                            | CERT DISTRIBUIÇÃO FEDERAL          |   |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
|                            | CERTIDÃO - TRT 6ª REGIÃO           |   |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
|                            | CERT NEG DÉB FISCALS ESTADO        |   |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
|                            | CONTRATO EMPRESA RESÍDUOS          |   |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
|                            | BOMBEIROS                          |   |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
|                            | IDONEIDADE FINANCEIRA              |   |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
|                            | MANUAL DE BOAS PRÁTICAS            |   |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
| X                          | PROCURAÇÃO ERIKA MILLANE           | X |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |
| ENVELOPE HAB.              | Prefeitura Municipal de Taubaté/SP | X |   |                  |                    |                                                                                                                                  |              |        |   |   |  |  |   |  |  |

| DECLARAÇÕES |  |         |                                | H        | P | F |
|-------------|--|---------|--------------------------------|----------|---|---|
|             |  |         | DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR |          |   |   |
|             |  |         | DECL. INEX. FATOS IMPEDITIVOS  |          |   |   |
|             |  |         | DECL. DE REQ. DE HAB.          |          |   |   |
|             |  |         | DADOS DO REPRESENTANTE         |          |   |   |
|             |  |         | CARTA CREDENCIAMENTO           |          |   |   |
|             |  | 10.15.1 | DECLARAÇÃO UNIFICADA           | Anexo II | X |   |
|             |  | X       | DADOS DA EMPRESA               | X        | X |   |

| DECLARAÇÕES COM FIRMA RECONHECIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| SERÃO DESCLASSIFICADAS AS PROPOSTA QUE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |
| 5.4.1.3 - Não será aceita cópia reprográfica da referência do respectivo medicamento no DEF - Dicionário de Especialidades Farmacêuticas. 9.5 O não envio da proposta atualizada quando solicitada pelo(a) Pregoeiro(a) devido a não indicação ou registro de marca "própria", por meio eletrônico com todos os requisitos elencados acima, ou descumprimento das diligências determinadas pelo(a) Pregoeiro(a) acarretará a desclassificação da proposta, sem prejuízo da instauração de processo sancionatório contra o licitante. 9.7 Serão desclassificadas as propostas que contenham preços excessivos, assim entendidos quando apresentarem valores globais ou unitários acima do valor definido para o respectivo objeto. |  |  |  |
| INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
| Ampla Participação: Sim - Itens 01 ao 05                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |
| TELEFONE - PABX (0XX12) 3625.5000 / (0XX12) 3625.5010 - (0XX12) 3625.5011                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |
| RECEB. NOME: <u>Adelson</u> EM: <u>24-11</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |

11:14



Outlook

---

**?? Notificação de Proposta Finalizada:**

---

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

Data Seg, 01/12/2025 10:28

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

**Verificação de proposta**

A proposta número 165384 do cliente código 19399 - MUNICÍPIO DE TAUBATÉ

Usuário: ADEILSON.M

não possui itens com preço superior ao preço de fábrica.