



**DROGAFONTE**  
MEDICAMENTOS E MATERIAL HOSPITALAR

|               |              |
|---------------|--------------|
| SEQ. Nº       | 14.483       |
| CÓD. CLIENTE: | 374          |
| PORTAL :      | PE INTEGRADO |
| ID:           | 4448.2025    |

## HOSPITAL OSWALDO CRUZ / HOSP.OSWALDO CRUZ - UPE - UG440714

|                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| Pregão Eletrônico:      | 221/2025            |
| Data e Hora de Abertura | 11/12/2025 14:00:00 |

**GANHAMOS**

|                |        |       |     |
|----------------|--------|-------|-----|
| CADASTRADO POR | HEITOR | CIMED | NÃO |
| CONFERIDO POR  | FLÁVIA |       |     |
| DISPUTADO POR  | HEITOR |       |     |

|                     |               |                       |               |
|---------------------|---------------|-----------------------|---------------|
| PROPOSTA INICIAL:   | R\$ 94.598,00 | REF#:                 | R\$ 60.507,93 |
| QUANT. ITENS DISP.: | 9             | QUANT. ITENS GANHOS.: | 8             |

|           |     |
|-----------|-----|
| GARANTIAS | NÃO |
|-----------|-----|

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

## ESPELHO DE PROCESSO LICITATÓRIO

Nº 14483

### DADOS DO CLIENTE

|                                          |  |                                    |                              |
|------------------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------|
| <b>Nome: HOSPITAL OSWALDO CRUZ (374)</b> |  | <b>CNPJ: 11022597001325</b>        | <b>Endereço: RECIFE - PE</b> |
| Representante: RECIFE (3030)             |  | Data cadastro: 28/11/2025 17:35:00 | Analista: igor.gabriel       |

### DADOS DA LICITAÇÃO

|                                         |                                      |                            |                                    |                                |
|-----------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <b>N. do Edital: 221/2025</b>           | <b>Modalidade: Pregão Eletrônico</b> | <b>Objeto: Medicamento</b> | <b>Tipo: Item</b>                  | <b>Julgamento: Menor Preço</b> |
| D/Hora da Abertura: 11/12/2025 14:00:00 | Processo Licitatório:                | Portal: PE Integrado       |                                    |                                |
| Prazo de Entrega: 10 DIAS ÚTEIS         | Prazo de Pagamento: 30 DIAS          | Validade: 180 DIAS         |                                    | Vigência: 12 MESES             |
| Valor Estimado: 0,00                    | Exclusivo ME/EPP: Ampla              | Amostra: Poderá solicitar  | Casas Decimais: EDITAL NÃO INFORMA | Documentação Antecipada:       |
| Certificado de Boas Práticas:           | Proposta Eletrônica:                 | Baixo Custo:               | Judicial: Não                      |                                |

### Observação do Edital:

|                                                              |                           |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>Dist. Ida/Volta: ***</b>                                  | <b>Pop. IBGE: 1661017</b> |
| <b>LIMITE DE ACOLHIMENTO DE PROPOSTA - PREGÃO ELETRÔNICO</b> |                           |

### 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:         | 01/12/2025 15:17:26 | Analista Financeiro:      | maria.eduarda |

### Observação Financeira: LISTA DE APROVAÇÃO

|                          |                       |                                                     |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------|
| AUTORIZAÇÃO MEDICAMENTOS | AUTORIZAÇÃO MATERIAIS | ÁREA DESTINADA PARA INFORMAÇÕES DE COMPRAS/GARANTIA |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------|

### PROTOCOLOS

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

Cliente.: 374-HOSPITAL OSWALDO CRUZ  
Att.: COMISSAO PERMANENTE DE LICITACAO  
Ref.: PROCESSO N.4448.2025

Folha: 165642/0001  
Data: 11/12/2025

PREGAO ELETRONICO No. 0221/2025/2025  
Abertura: 11/12/2025 Hora: 13:30

Tipo: ITEM  
Objeto: MEDICAMENTOS

ITEM  
H-CASAS

2448.2025  
AB-PEI.

| Item | Quantidade Apr. | Discriminacao                                                                                                                                                                                                                                          | Marca/Fabricante         | Vlr. Unit.       | Total    |
|------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|----------|
| 1    | 1.560,00 AMP    | AMIODARONA , CLORIDRATO - CONCETRACAO/DOSAGEM 150MG/3ML, FORMA FARMACEUTICA SOLUCAO INJETAVEL , FORMA DE APRESENTACAO AMPOLA, VIA DE ADMINISTRACAO INTRAVENOSA . APRES. CX/100 AMP 3ML (G)<br>28 BR0271710 3067173<br>Registro no M.S.: 1134301220022  | CAMEA<br>HIPOLABOR-M(MG) | 3,8995<br>3,0899 | 7.110,4  |
| 2    | 7.800,00 CPR    | AMIODARONA 200 MG CX/500 CPRS. (G)<br>29 BR0267510 306721- 1<br>Registro no M.S.: 1235201890055                                                                                                                                                        | GAN<br>RANBAXY FAR(RJ)   | 0,4999           | 6.383,5  |
| 6    | 750,00 AMP      | DOBUTAMINA 12,5 MG/ML SOL. INJ. IV - APRES. CX. C/10 F/AMP. C/20ML. (G)<br>149 BR0268446 3109763<br>Registro no M.S.: 1038700570015                                                                                                                    | HYPOFARMA-M(MG)          | 10,5380          | 7.903,1  |
| 8    | 15.910,00 AMP   | EPINEFRINA - CONCENTRACAO/DOSAGEM 1 MG/ML, FORMA FARMACEUTICA SOLUCAO INJETAVEL, FORMA DE APRESENTACAO AMPOLA, VIA DE ADMINISTRACAO PARENTERAL - APRES. CX C/100 AMP 1ML. - ADREN<br>163 BR0268255 309744- 7<br>Registro no M.S.: 1134300010016        | HIPOLABOR-M(MG)          | 1,3674           | 21.755,1 |
| 9    | 7.730,00 CPR    | LEVOTIROXINA 25MCG COMP. APRES. CX C/50 CPRS. EUTHYROX (I)<br>239 BR0268124 3183289<br>Registro no M.S.: 1008902020618                                                                                                                                 | MERCK(RJ)                | 0,4023           | 3.109,1  |
| 10   | 2.420,00 CPR    | NIFEDIPINO 10MG CX/30 CPRS. (S)<br>8381 BR0267728 316959- 6<br>Registro no M.S.: 1558401690023                                                                                                                                                         | BRAINFARMA/(GO)          | 0,1500           | 363,0    |
| 11   | 2.400,00 CPR    | NIFEDIPINA RETARD 20MG APRES. CX/500 CPRS. (S)<br>287 BR0267731 3169600<br>Registro no M.S.: 1091700340059                                                                                                                                             | MEDQUIMICA-(MG)          | 0,2297           | 551,1    |
| 12   | 450,00 AMP      | NITROGLICERINA - CONCENTRACAO/DOSAGEM 5 MG/ML, FORMA FARMACEUTICA SOLUCAO INJETAVEL, FORMA DE APRESENTACAO AMPOLA, VIA DE ADMINISTRACAO PARENTERAL AMP. APRES. CX C/10 AMP 5ML. TRIDI<br>24670 BR0268970- 2 3079406<br>Registro no M.S.: 1029801330045 | CRISTALIA-S(SP)          | 52,1431          | 23.464,1 |
| 14   | 21.520,00 AMP   | NOREPINEFRINA 2MG/ML INJ AMP. APRES. CX. C/50 AMP. 4 ML. (G)<br>292 BR0305718 308556- 2<br>Registro no M.S.: 1134301260032                                                                                                                             | HIPOLABOR-M(MG)          | 1,4221           | 30.603,1 |

Validade da Proposta ...: 180 DIAS  
Prazo de Entrega .....: 10 DIAS  
Condicoes de Pagamento : 30 DIAS

Ciente.: 374-HOSPITAL OSWALDO CRUZ  
Att.: COMISSAO PERMANENTE DE LICITACAO  
Ref.: PROCESSO N.4448.2025

Folha: 165642/0002

Data: 11/12/2025

PREGAO ELETRONICO No. 0221/2025/2025

Abertura: 11/12/2025 Hora: 13:30

Tipo: ITEM  
Objeto: MEDICAMENTOS

---Item --- Quantidade Apr. ----- D i s c r i m i n a c a o ----- Marca/Fabricante Vlr. Unit. -----Total

Total Geral: 101.244,88  
(CENTO E UM MIL, DUZENTOS E QUARENTA E QUATRO REAIS E OITENTA E OITO CENTAVOS)

Declaramos que concordamos com todas as  
normas que regem este edital, impostos e  
despesas inclusos nos precos.  
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 NAO COMERCIALIZA  
MEDICAMENTOS FRACIONAVEIS.

Validade da Proposta ...: 180DIAS  
Prazo de Entrega .....: 10 DIAS  
Condições de Pagamento : 30 DIAS

DROGAFONTE LTDA

Adelson

Disputa: 11/12/2025, às 14h

|                                        |  |                                                                                      |  |
|----------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>DATA DA LEITURA:</b> 05/12/2025     |  | <b>ORGÃO:</b> HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ/PE                                 |  |
| <b>CODIGO:</b> ID 14483                |  | <b>VENDEDOR:</b> ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO                                         |  |
| <b>PROCESSO:</b> Nº 4448.2025 ✓        |  | <b>MODALIDADE:</b> PREGÃO ELETRÔNICO Nº 0221.2025 ✓                                  |  |
| <b>ABERTURA:</b> 11/12/2025 ✓          |  | <b>OBJETO:</b> MEDICAMENTOS                                                          |  |
| <b>HORA:</b> 13:30 ✓                   |  | <b>VALIDA.PROP.:</b> 180 DIAS ✓                                                      |  |
| <b>JULGAMENTO:</b> ITEM ✓              |  | <b>ENTREGA:</b> 10 Dias ✓                                                            |  |
| <b>CASAS DEC.:</b> 4 CASAS             |  | <b>PAGAMENTO:</b> 30 Dias ✓                                                          |  |
| <b>LEI 14.133/2021:</b> SIM            |  | <b>PRAZO DA DOC.:</b> 12.2 ADEQUADA CONFORME ANEXO I + HABILITAÇÃO PRAZO DE 24 HORAS |  |
| <b>VIGENCIA:</b> 12 MESES              |  | <b>SISTEMA:</b> www.peintegrado.pe.gov.br                                            |  |
| <b>LEITURA POR:</b> MARIA EDUARDA LIMA |  | <b>ABERTO</b>                                                                        |  |

| Págs             | DOCUMENTOS EXIGIDOS                    | H | P | F | Págs        | DOCUMENTOS EXIGIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Obs.       | H | P | F |
|------------------|----------------------------------------|---|---|---|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---|---|---|
| 14.2.3.          | CONTRATO SOCIAL                        | X |   |   |             | AFE COMUM LABORATORIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |            |   |   |   |
| 14.2.3.          | 41ª ALTERAÇÃO CONS.                    | X |   |   |             | AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |   |   |   |
| 14.2.3.          | CNH - DOS SÓCIOS                       | X |   |   | 5.2.2.1.4   | GENÉRICO TEM PREFERÊNCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | X          |   |   |   |
| 14.3.1.          | CNPJ. Cod: 6                           | X |   |   | 7.8         | Obsevar desoneração do ICMS 73/04 e 87/02 ✓                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PROPOSTA   |   |   |   |
| 14.3.3.          | FGTS                                   | X |   |   | 3.1.1       | ADOTAR DCB OU DCI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PROPOSTA   |   |   |   |
| 14.3.2           | INSS                                   | X |   |   | 5.2.1.2     | APRESENTAÇÃO, FORMA FARMACEUTICA, EMBALAGEM, QUANTITATIVO, UNIDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PROPOSTA   |   |   |   |
| 14.3.2           | CERT. FEDERAL                          | X |   |   | X           | INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO, UNIDADE E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA ✓                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X          |   |   |   |
| 14.3.6.          | CERT. ESTADUAL                         | X |   |   |             | PROCEDENCIA E ORIGEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |   |   |   |
|                  | DIVIDA ATIVA ESTADUAL                  |   |   |   | TR          | DIGITAR CONFORME ANEXO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | TR         |   |   |   |
| X                | CERT. MUNICIPAL                        | X |   |   | 5.2.2.1.1   | REGISTRO DE MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | X          | X |   |   |
|                  | CERTIDÃO IPTU                          |   |   |   |             | REGISTRO MATERIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |   |   |   |
| 14.3.4           | CIM                                    | X |   |   | 5.2.2.1.6   | No caso de Empresas que ofertarão formas farmacêuticas sólidas: comprimidos, cápsulas, drágeas, pastilhas, microgrânulos e pós, estas deverão apresentar declaração certificando que o medicamento ofertado é unitarizado; Em caso de indisponibilidade da forma unitarizada, dose unitária, somente poderão ofertar no certame, embalagem primária de blisters ou envelopes, em virtude de favorecer a segurança do uso e o fracionamento; Caso alguma apresentação não seja ofertada, por nenhum licitante, de forma unitarizada, haja vista a mudança pelos laboratórios fabricantes e/ou produção, deve-se consultar o Farmacêutico para validar a ação; | PROPOSTA   |   |   |   |
| 14.3.4           | INSCRIÇÃO ESTADUAL                     | X |   |   | 5.2.2.1.5   | estudos clínicos e laudo analítico de laboratório ✓                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PODERÁ     |   |   |   |
| 14.3.7.          | MTE - DÉBITOS TRABALHISTAS             | X |   |   | TR          | CÓD MV, CATMAT, E-FISCO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PROPOSTA   |   |   |   |
|                  | MTE - INFRAÇÃO/DEFC/CRIANÇ             |   |   |   | 5.2.2.1.1.1 | NOTIFICAÇÃO SIMPLIFICADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | X          |   |   |   |
|                  | BALANÇO                                |   |   |   | 5.2.1.2     | Nº DO RG/MS NA PROPOSTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 13 DÍGITOS |   |   |   |
|                  | CERT. CONTADOR CRC                     |   |   |   | X           | Nº DO ITEM NO REGISTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X          |   |   |   |
| 14.5.1           | CERTIDÃO DE FALÊNCIA                   | X |   |   |             | LIC. FUN. EST. - CORRE. FABRI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |   |   |   |
|                  | CARTÓRIOS DISTRIB/PATIM                |   |   |   | 5.3.4.2     | DDR - Declaração do Detentor de Registro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | IMPORTADOS |   |   |   |
|                  | CARTÓRIOS PROTESTO                     |   |   |   | 3.2.9.1     | VALIDADE DOS PRODUTOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 12 MESES   |   |   |   |
|                  | CERTIDÃO DO FORO                       |   |   |   |             | PROPOSTA VIA 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |   | X |   |
| 14.2.7.          | LIC. FUNC. - MEDICAMENTO               | X |   |   |             | PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |   |   |   |
|                  | LIC. FUNC. - MATERIAL                  |   |   |   | 13.3        | BULA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | X          | X |   |   |
| 5.3.1.1.10       | AFE COMUM - ANVISA                     | X |   |   | X           | VALOR ESTIMADO R\$ 91.131,6790 ✓                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | X          |   |   |   |
| 5.3.1.1.10       | AFE COMUM - DOU                        | X |   |   | 13.6.1.     | EXEQUIBILIDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | PODERÁ     |   |   |   |
| 5.3.1.1.10       | AFE ESPECIAL - ANVISA                  | X |   |   |             | PROPOSTA COM FIRMA RECONHECIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |   |   |   |
| 5.3.1.1.10       | AFE ESPECIAL - DOU                     | X |   |   | 5.3.1.1.9   | NÃO ACEITA PROTOCOLO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | X          |   |   |   |
|                  | AFE CORRELATO - ANVISA                 |   |   |   |             | ENVELOPE PROP. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ/PE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |            |   | X |   |
|                  | AFE CORRELATOS - DOU                   |   |   |   |             | PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |   |   |   |
| 14.2.7.          | ALVARÁ LOCALIZAÇÃO                     | X |   |   |             | 5.2.1.2 A proposta deverá em cada item, de forma clara e inequívoca, o conforme Denominação Comum Brasileira, apresentação, forma farmacêutica e o fabricante, e, quando for o caso, a embalagem com o quantitativo do produto ofertado, bem como o número do registro expedido pela ANVISA/MS. / 7.2. A licitante deverá especificar os PREÇOS UNITÁRIOS do(s) item(ns) nos quais pretende concorrer.                                                                                                                                                                                                                                                       |            |   |   |   |
| X                | SIMPLIFICADA - JUCEPE                  | X |   |   |             | INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |   |   |   |
| X                | SIMPLIFICADA - ESPECÍFICA              | X |   |   |             | 8.4 O intervalo mínimo entre os lances deverá respeitar o parágrafo único do artigo 4º da PORTARIA SAD Nº 2.293/2025/ 13.6. Considerar-se-á indicio de inexecução de proposta valores inferiores a 50% do valor estimado para contratação o.5.1.2. A licitação será processada na modalidade PREGÃO ELETRÔNICO, tendo como critério de julgamento o MENOR PREÇO UNITÁRIO / POR ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |   |   |   |
| 14.4.1           | CONSELHO DE FARMÁCIA                   | X |   |   |             | INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |   |   |   |
| 14.4.1           | CERTIDÃO FARMÁCIA                      | X |   |   |             | 12.2. A licitante classificada provisoriamente em primeiro lugar será convocada para apresentar a PROPOSTA DE PREÇO ADEQUADA AO ÚLTIMO LANCE, devidamente preenchida na forma do Modelo de Proposta de Preços (Anexo I do TR), bem como os DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA A HABILITAÇÃO DIGITALIZADOS/ 12.3. Os documentos deverão ser incluídos no Sistema PE Integrado no prazo de 24 (vinte e quatro) ou 48 (quarenta e oito) horas corridas                                                                                                                                                                                                                    |            |   |   |   |
| 14.4.1           | DOC. FARMACÊUTICO                      | X |   |   |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |   |   |   |
|                  | CRC NA PREFEITURA                      |   |   |   | Págs        | DECLARAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            | H | P | F |
| 14.7             | CADFOR                                 | X |   |   |             | DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |   |   |   |
| X                | CERTIDÃO DO ICMS                       | X |   |   |             | DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |   |   |   |
|                  | SICAF                                  |   |   |   |             | DEC. DE REQ. DE HAB.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |   |   |   |
| 14.4.1.1 20% QNT | ATEST DE CAP TEC PUBLIC.               | X |   |   |             | DADOS DO REPRESENTANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |   |   |   |
| 14.4.1.1 20% QNT | ATEST DE CAP TEC PRIVAD                | X |   |   |             | CARTA CREDENCIAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |   |   |   |
|                  | ATEST CAP PUBLIC CONTRATO              |   |   |   | 7.3/14.6.   | DECLARAÇÃO GERAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ANEXO II   | X |   |   |
|                  | RELAÇÃO DE APENADOS - TCE SP           |   |   |   |             | DADOS DA EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            | X |   |   |
| 12.1. CONSULTA   | CEIS, CNEP                             |   |   |   |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |   |   |   |
|                  | CERTIDÃO DO CNJ                        |   |   |   |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |   |   |   |
|                  | CERTIDÃO DO TCU                        |   |   |   |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |   |   |   |
|                  | CERT PROTESTO DOS SÓCIOS               |   |   |   |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |   |   |   |
|                  | DECRETO FAZENDA MUNICIPAL              |   |   |   |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |   |   |   |
|                  | CERT DISTRIBUIÇÃO FEDERAL              |   |   |   |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |   |   |   |
|                  | CERTIDÃO -TRT 6ª REGIÃO                |   |   |   |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |   |   |   |
|                  | CERT NEG DÉB FISCAIS ESTADO            |   |   |   |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |   |   |   |
|                  | CONTRATO EMPRESA RESÍDUOS              |   |   |   |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |   |   |   |
|                  | BOMBEIROS                              |   |   |   |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |   |   |   |
|                  | IDONEIDADE FINANCEIRA                  |   |   |   |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |   |   |   |
|                  | MANUAL DE BOAS PRÁTICAS                |   |   |   |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |   |   |   |
| X                | PROCURAÇÃO ERIKA MILLANE               | X |   |   |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |   |   |   |
| ENVELOPE HAB.    | HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ/PE | X |   |   |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |   |   |   |

8.6. O agente de contratação verificará as propostas apresentadas e desclassificará, motivadamente, aquelas que não estejam em conformidade com os requisitos estabelecidos neste Edital. / 8.7. Ser desclassificada a proposta que contenha elementos que permitam a sua identificação. / 13.5a) não obedecer às especificações técnicas previstas neste Edital; b) permanecer com valores unitários ou global superiores aos estimados, após a negociação de que trata o item 11; c) contemham preços manifestamente inexequíveis ou não tenham sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração; d) apresentem vício ou desconformidade insanável com quaisquer outras exigências deste Edital; e) contemham falhas, apontadas pelo agente de Contratação, não corrigidas nem justificadas, mesmo após a oportunidade de saneamento de que trata o item 16 deste Edital; f) apresentem valores simbólicos, irrisórios ou de valor zero, incompatíveis com os preços de mercado, exceto quando se referirem a materiais e instalações de propriedade da licitante, para os quais ela renuncie à parcela ou à totalidade de remuneração

INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA:

OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

RECEB. NOME: Adelson EM: 05-12 10:40

 Outlook

?? Notificação de Proposta Finalizada:

De App Drogafonte <app.drogafonte@drogafonte.com.br>  
Data Qua, 10/12/2025 08:36  
Para Email de notificação Preço Fabrica Proposta <notificapropostadigitacao@drogafonte.com.br>

 **Alerta: Proposta com itens acima do preço de fábrica**

Proposta: 165642 | Estabelecimento: 0 | Cliente: 374 - HOSPITAL OSWALDO CRUZ

Usuário: ADEILSON.M

| Cod Cliente | Razão Social          | Cod Proposta | Item | Subitem | Produto | Descrição                                 | Fabricante   | Registro MS   | Fator Apr | Preço Unitário | Preço Fábrica | Diferença | Valor Total |
|-------------|-----------------------|--------------|------|---------|---------|-------------------------------------------|--------------|---------------|-----------|----------------|---------------|-----------|-------------|
| 374         | HOSPITAL OSWALDO CRUZ | 165642       | 1    | 0       | 692     | AMIODARONA 50MG/ML 3ML C/100 AMP (G)      | HIPOLABOR-MG | 1134301220022 | 1.00      | 4,5580         | 3,8995        | 0,6585    | 7 110,48    |
| 374         | HOSPITAL OSWALDO CRUZ | 165642       | 12   | 0       | 2092    | NITROGLICERIN A 25 MG 5ML TRIDI C/10 AMP. | CRISTALIA-SP | 1029801330045 | 1.00      | 52,1431        | 40,4230       | 11,7201   | 23 464,39   |