

|                        |  |                 |  |   |                  |                               |   |  |   |   |   |
|------------------------|--|-----------------|--|---|------------------|-------------------------------|---|--|---|---|---|
| DATA DA LEITURA:       | 15/12/2025                                       | ORGÃO:          | SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS FORTALEZA/CE |   |                  |                               |   |  |   |   |   |
| CÓDIGO                 | ID 14615 - UASG: 927744                          | VENDEDOR:       | ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO                      |   |                  |                               |   |  |   |   |   |
| PROCESSO               | Nº P446057/2025                                  | MODALIDADE:     | PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90277/2025                  |   |                  |                               |   |  |   |   |   |
| ABERTURA               | 18/12/2025                                       | OBJETO:         | MEDICAMENTOS                                     |   |                  |                               |   |  |   |   |   |
| HORA                   | 10:00  | VALIDA PROP.    | 60 DIAS  |   |                  |                               |   |  |   |   |   |
| JULGAMENTO             | ITEM   | ENTREGA         | 10 DIAS ÚTEIS                                    |   |                  |                               |   |  |   |   |   |
| CASAS DEC.:            | 4 CASAS UNIT. e 2 CASAS TOTAL                    | PAGAMENTO       | 30 DIAS ÚTEIS                                    |   |                  |                               |   |  |   |   |   |
| LEI 14.133/2021        | SIM  | PRAZO DA DOC.   | READEQUADA + HABILITAÇÃO, VIA SISTEMA, PRAZO 2H; |   |                  |                               |   |  |   |   |   |
| VIGÊNCIA               | 12 MESES   | SISTEMA         | (www.gov.br/compras)                             |   |                  |                               |   |  |   |   |   |
| LEITURA POR:           | TALITA PENA                                      | MODO DE DISPUTA |  |   | ABERTO E FECHADO |                               |   |  |   |   |   |
| Págs                   | DOCUMENTOS EXIGIDOS                              | H               | P  | F | Págs             | DOCUMENTOS EXIGIDOS           | Obs.  | H  | P | F |   |
| 9.3.2.                 | CONTRATO SOCIAL                                  | X               |  |   |                  | AFE COMUM LABORATORIO         |   |  |   |   |   |
| 9.3.2.                 | 41º ALTERAÇÃO CONS.                              | X               |  |   |                  | AFE ESPECIAL LAB. LABORATORIO |   |  |   |   |   |
| 9.3.2.                 | CNH - DOS SÓCIOS                                 | X               |  |   |                  | ANEXO II - PÁG 59             | INSERIR DECLARAÇÕES   | PROPOSTA   |   |   |   |
| 9.6.2.                 | CNPJ. Cod: 6                                     | X               |  |   |                  | 6.13.                         | AMOSTRAS E/OU CATALOGO  | PODERÁ   |   |   |   |
| 9.6.2.                 | FGTS   | X               |  |   |                  |                               | BOAS PRÁTICAS DE FABRI.   |  |   |   |   |
| 9.6.1.                 | INSS   | X               |  |   |                  |                               | CBPF DE ORIGEM + TRADUÇÃO   |  |   |   |   |
| 9.6.1.1.               | CERT. FEDERAL                                    | X               |  |   |                  | 4.1.2. / 4.1.3.               | INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA   | ANEXO I - TR                                     |   |   |   |
| 9.6.1.2.               | CERT. ESTADUAL                                   | X               |  |   |                  |                               | PROCEDÊNCIA E ORIGEM  |  |   |   |   |
| 9.6.1.3.               | DIVIDA ATIVA ESTADUAL                            |                 |  |   |                  | TR                            | DIGITAR CONFORME ANEXO  | ANEXO I  |   |   |   |
| 9.6.1.3.               | CERT. MUNICIPAL                                  | X               |  |   |                  | 8.4.                          | REGISTRO DE MEDICAMENTO   | X  |   |   |   |
|                        | CERTIDÃO IPTU                                    |                 |  |   |                  |                               | REGISTRO MATERIAL   |  |   |   |   |
|                        | CIM  |                 |  |   |                  |                               | RG/MS MED - PET 01 ( ) 02 ( )   |  |   |   |   |
|                        | INSCRIÇÃO ESTADUAL                               |                 |  |   |                  | 8.4.                          | Declaração de Isenção ou Notificação Simplicada   | SE FOR O CASO                                    | X |   |   |
| 9.6.5.                 | MTE - DÉBITOS TRABALHISTAS                       | X               |  |   |                  |                               | PROTOCOLO ( )   |  |   |   |   |
|                        | MTE - INFRACAO/DEFIC/CRIANC                      |                 |  |   |                  |                               | Nº DO ITEM NO CBPF  |  |   |   |   |
| 9.4.3 - 02 ULTIMOS     | BALANÇO  | X               |  |   |                  | TR                            | Nº DO RG/MS NA PROPOSTA   | 13 DIGITOS                                       |   |   |   |
| 9.5.3.                 | CERT. CONTADOR CRC                               | X               |  |   |                  |                               | Nº DO ITEM NO REGISTRO  |  |   |   |   |
| 9.4.1 90 DIAS          | CERTIDÃO DE FALÉNCIA                             | X               |  |   |                  |                               | LIC. FUN. EST. - CORRE. FABRI.  |  |   |   |   |
|                        | CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM                         |                 |  |   |                  |                               | LIC. FUNC. EST. MED. FRABRI.  |  |   |   |   |
|                        | CARTÓRIOS PROTESTO                               |                 |  |   |                  | 8.3.                          | VALIDADE DOS PRODUTOS:  | MÍNIMO 75%                                       |   |   |   |
|                        | CERTIDÃO DO FORO                                 |                 |  |   |                  | x                             | PROPOSTA VIA 1  | X  |   |   |   |
| 9.5.3.                 | LIC. FUNC. - MEDICAMENTO                         | X               |  |   |                  |                               | PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO.   |  |   |   |   |
|                        | LIC. FUNC. - MATERIAL                            |                 |  |   |                  |                               | BULA  |  |   |   |   |
| 9.5.2                  | AFE COMUM - ANVISA                               | X               |  |   |                  | 6.10.                         | EXEQUIBILIDADE  | PODERÁ   |   |   |   |
| 9.5.2                  | AFE COMUM - DOU                                  | X               |  |   |                  | TR                            | CÓDIGO COMPRASFOR/CATMAT  | PROPOSTA   |   |   |   |
| 9.5.2                  | AFE ESPECIAL - ANVISA                            | X               |  |   |                  |                               | PROPOSTA COM FIRMA RECONHECIDA  |  |   |   |   |
| 9.5.2                  | AFE ESPECIAL - DOU                               | X               |  |   |                  |                               | NAO ACEITA PROTOCOLO  |  |   |   |   |
|                        | AFE CORRELATO - ANVISA                           |                 |  |   |                  |                               | ENVELOPE PROP.  | SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS FORTALEZA/CE | X |   |   |
|                        | AFE CORRELATOS - DOU                             |                 |  |   |                  |                               | PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO:   |  |   |   |   |
| 9.5.3.                 | ALVARÁ LOCALIZAÇÃO                               | X               |  |   |                  |                               | 4.1. O licitante deverá enviar sua proposta mediante o preenchimento, no sistema eletrônico, dos seguintes campos: 4.1.1. VALOR UNITÁRIO (R\$) e "VALOR TOTAL (R\$)". 4.1.2. Marca; 4.1.3. Fabricante; 4.1.4. Descrição do objeto, contendo as informações similares à especificação do Termo de Referência;  |  |   |   |   |
| 9.5.9. 10%             | SIMPLIFICADA - JUCEPE                            | X               |  |   |                  |                               | INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES:  |  |   |   |   |
| 9.5.9. 10%             | SIMPLIFICADA - ESPECÍFICA                        | X               |  |   |                  |                               | 5.6. O lance deverá ser ofertado pelo valor UNITÁRIO do ITEM. 5.9. O intervalo mínimo deverá ser de R\$ 0,01 (um centavo). 5.10. O licitante poderá, uma única vez, excluir seu último lance ofertado, no intervalo de quinze segundos após o registro no sistema, na hipótese de lance inconsistente ou inexistente. 6.8. é indicio de inexistibilidade das propostas valores inferiores a 50% |  |   |   |   |
| X                      | CONSELHO DE FARMÁCIA                             | X               |  |   |                  |                               | INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS:  |  |   |   |   |
| X                      | CERTIDÃO FARMÁCIA                                | X               |  |   |                  |                               | 5.22.4. O pregoeiro solicitará ao licitante mais bem classificado que, no prazo de 2 (duas) horas, envie a proposta adequada, acompanhada, se for o caso, dos documentos complementares.  |  |   |   |   |
| X                      | DOC. FARMACÊUTICO                                | X               |  |   |                  |                               | Págs  | DECLARAÇÕES                                      | H | P | F |
|                        | CRC NA PREFEITURA                                |                 |  |   |                  |                               | DECL. DE QUE NAO EMPREGA MENOR  |  |   |   |   |
|                        | CADFOR   |                 |  |   |                  |                               | DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS  |  |   |   |   |
|                        | CERTIDÃO DO ICMS                                 |                 |  |   |                  |                               | DEC. DE REQ. DE HAB.  |  |   |   |   |
| 6.1. a) CONSULTA       | SICAF  |                 |  |   |                  |                               | DADOS DO REPRESENTANTE  |  |   |   |   |
| 9.5.1.. 50%            | ATEST DE CAP TEC PUBLIC.                         | X               |  |   |                  |                               | CARTA CREDENCIAMENTO  |  |   |   |   |
| 9.5.1. 50%             | ATEST DE CAP TEC PRIVAD                          | X               |  |   |                  | 7.6. / 7.7. / 7.8./           | DECLARAÇÃO UNIFICADA  | X  |   |   |   |
|                        | ATEST CAP PUBLIC CONTRATO                        |                 |  |   |                  | x                             | DADOS DA EMPRESA  | X  |   |   |   |
|                        | CONSOLIDADA TCU                                  |                 |  |   |                  |                               | DECLARAÇÃO DE CONDUTA ÉTICA E ANTICORRUP  | ANEXO VII  | X |   |   |
| 6.1. b) c) d) CONSULTA | CERTIDÃO DO CEIS/CNEP/SELIFOR                    |                 |  |   |                  | 3.8.                          |   |  |   |   |   |
|                        | CERTIDÃO DO CNJ                                  |                 |  |   |                  |                               |   |  |   |   |   |
|                        | CERTIDÃO DO TCU                                  |                 |  |   |                  |                               |   |  |   |   |   |
|                        | CERT PROTESTO DOS SÓCIOS                         |                 |  |   |                  |                               |   |  |   |   |   |
|                        | DECRETO FAZENDA MUNICIPAL                        |                 |  |   |                  |                               |   |  |   |   |   |
|                        | CERT DISTRIBUIÇÃO FEDERAL                        |                 |  |   |                  |                               |   |  |   |   |   |
|                        | CERTIDÃO -TRT 6º REGIÃO                          |                 |  |   |                  |                               |   |  |   |   |   |
|                        | CERT NEG DÉB FISCAIS ESTADO                      |                 |  |   |                  |                               |   |  |   |   |   |
|                        | CONTRATO EMPRESA RESÍDUOS                        |                 |  |   |                  |                               |   |  |   |   |   |
|                        | BOMBEIROS  |                 |  |   |                  |                               |   |  |   |   |   |
|                        | IDONEIDADE FINANCEIRA                            |                 |  |   |                  |                               |   |  |   |   |   |
|                        | MANUAL DE BOAS PRÁTICAS                          |                 |  |   |                  |                               |   |  |   |   |   |
| X                      | PROCURAÇÃO ERIKA MILLANE                         | X               |  |   |                  |                               |   |  |   |   |   |
| ENVELOPE HAB.          | SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS FORTALEZA/CE | X               |  |   |                  |                               | RECEB. NOME: _____  | EM: _____  |   |   |   |