

| DATA DA LEITURA: | | 11/02/2026 | | | ORGÃO: | SECRETARIA DA SAÚDE/CE | | | | | | | | | | | |
|------------------|------------------------------|-------------------------------|--|---|-----------------|---|------------------|---|--|--|--|---|---|---|---|---|--|
| CODIGO | | ID 15550 - UASG: 943001 | | | VENDEDOR: | ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO | | | | | | | | | | | |
| PROCESSO | | Nº 24001.053982/2025-57 | | | MODALIDADE: | PREGÃO ELETRÔNICO Nº 20260012 – SESA/COEXE | | | | | | | | | | | |
| ABERTURA | | 03/03/2026 | | | OBJETO: | MEDICAMENTOS | | | | | | | | | | | |
| HORA | | 09:00 | | | VALIDA.PROP. | 90 DIAS | | | | | | | | | | | |
| JULGAMENTO | | ITEM | | | ENTREGA | 15 Dias | | | | | | | | | | | |
| CASAS DEC.: | | 4 CASAS UNIT. e 2 CASAS TOTAL | | | PAGAMENTO | 30 Dias | | | | | | | | | | | |
| LEI 14.133/2021 | | SIM | | | PRAZO DA DOC. | 14.27 READEQUADA + HABILITAÇÃO + RG + BULA PRAZO DE 2 HORAS | | | | | | | | | | | |
| VIGENCIA | | 12 MESES | | | SISTEMA | www.gov.br/compras | | | | | | | | | | | |
| LEITURA POR: | | MARIA EDUARDA LIMA | | | MODO DE DISPUTA | ABERTO E FECHADO | | | | | | | | | | | |
| Págs | DOCUMENTOS EXIGIDOS | | | H | P | F | Págs | DOCUMENTOS EXIGIDOS | | | Obs. | H | P | F | | | |
| 12.2.2. | CONTRATO SOCIAL | | | X | | | | AFE COMUM LABORATORIO | | | | | | | | | |
| 12.2.2. | 41ª ALTERAÇÃO CONS. | | | X | | | | AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO | | | | | | | | | |
| 12.2.2. | CNH – DOS SÓCIOS | | | X | | | | AFE CORRELATO LABORATORIO | | | | | | | | | |
| 12.10.1 | CNPJ. Cod: 6 | | | X | | | | AMOSTRAS | | | | | | | | | |
| 12.10.4 | FGTS | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| X | INSS | | | X | | | TR | CÓDIGO PMI | | | PROPOSTA | | | | | | |
| 12.10.3 | CERT. FEDERAL | | | X | | | 13.1 | INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO, UNIDADE DE FORNECIMENTO E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA | | | X | | | | | | |
| 12.10.3 | CERT. ESTADUAL | | | X | | | | PROCEDÊNCIA E ORIGEM | | | | | | | | | |
| | DIVIDA ATIVA ESTADUAL | | | | | | TR | DIGITAR CONFORME ANEXO | | | ANEXO I | | | | | | |
| 12.10.3 | CERT. MUNICIPAL | | | X | | | 14.27.1 | REGISTRO DE MEDICAMENTO | | | VENCEDOR | X | | | | | |
| | CERTIDÃO IPTU | | | | | | | REGISTRO MATERIAL | | | | | | | | | |
| 12.10.2. | CIM | | | X | | | 14.27.1 | RG/MS MED - PET 01 () 02 () | | | X | | | | | | |
| 12.10.2. | INSCRIÇÃO ESTADUAL | | | X | | | 14.27.3 | NOTIFICAÇÃO SIMPLIFICADA | | | ITEM 4 | | | | | | |
| 12.10.5 | MTE – DÉBITOS TRABALHISTAS | | | X | | | 13.1.4/13.1.5 | SEGUIR TABELA CMED, E APLICAR CAP, nos itens 02, 03, 04, 05 e 07 | | | PROPOSTA | | | | | | |
| | MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ | | | | | | 13.1.7 | os itens 03, 04, 05 e 07 Convênio ICMS 87/02 CONFAZ | | | PROPOSTA | | | | | | |
| | BALANÇO | | | | | | 14.27.2 | Nº DO RG/MS NA PROPOSTA | | | 13 DÍGITOS | | | | | | |
| | CERT. CONTADOR CRC | | | | | | | Nº DO ITEM NO REGISTRO | | | | | | | | | |
| 12.19.1 | CERTIDÃO DE FALÊNCIA | | | X | | | ANEXO II - PG 35 | INSERIR DECLARAÇÃO | | | PROPOSTA | | | | | | |
| | CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CARTÓRIOS PROTESTO | | | | | | 7.2.4 | VALIDADE DOS PRODUTOS: | | | 75% | | | | | | |
| | CERTIDÃO DO FORO | | | | | | | PROPOSTA VIA 1 | | | | | | X | | | |
| 12.7 | LIC. FUNC. - MEDICAMENTO | | | X | | | | PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO. | | | | | | | | | |
| | LIC. FUNC. - MATERIAL | | | | | | 14.27.6 | BULA | | | VENCEDOR | X | | | | | |
| 12.8 | AFE COMUM - ANVISA | | | X | | | X | VALOR ESTIMADO R\$ 2.159.578,59 | | | X | | | | | | |
| 12.8 | AFE COMUM - DOU | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| 12.8 | AFE ESPECIAL - ANVISA | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| 12.8 | AFE ESPECIAL - DOU | | | X | | | 15.9 | EXEQUIBILIDADE | | | PODERÁ | | | | | | |
| | AFE CORRELATO - ANVISA | | | | | | | ENVELOPE PROP. SECRETARIA DA SAÚDE/CE | | | | | | X | | | |
| | AFE CORRELATOS - DOU | | | | | | | PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO: | | | | | | | | | |
| 12.7 | ALVARÁ LOCALIZAÇÃO | | | X | | | | 13.1. O licitante deverá enviar sua proposta eletrônica com o preenchimento obrigatório de todos os campos solicitados no sistema, tais como: valor unitário e total; marca/fabricante; modelo/versão; descrição detalhada do objeto, contendo a especificação do Termo de Referência. 13.1.1. O não preenchimento correto dos campos ensejará a desclassificação do licitante. 13.1.2. Os preços globais deverão ser expressos em reais, com até 2 (duas) casas decimais. 13.1.3. Os preços unitários deverão ser expressos em reais, com até 4 (quatro) casas decimais. /13.2. Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam o licitante. | | | | | | | | | |
| X | SIMPLIFICADA - JUCEPE | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| X | SIMPLIFICADA - ESPECIFICA | | | X | | | | INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES: | | | | | | | | | |
| | CONSELHO DE FARMÁCIA | | | | | | | 1.1. O critério de julgamento será o de MENOR PREÇO POR ITEM/ 14.5. O lance deverá ser ofertado pelo valor unitário/14.9. O intervalo mínimo de diferença de valores entre os lances, que incidirá tanto em relação aos lances intermediários quanto em relação à proposta que cobrir a melhor oferta deverá ser de 0,01%, utilizando como referência o valor unitário do item. | | | | | | | | | |
| | CERTIDÃO FARMÁCIA | | | | | | | INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS: | | | | | | | | | |
| | DOC. FARMACÊUTICO | | | | | | | 12.1. Na presente licitação, a fase de habilitação sucederá as fases de apresentação de propostas e lances e de julgamento / 14.27. O pregoeiro solicitará ao licitante mais bem classificado para no prazo de 2 (duas) horas, prorrogável uma vez por igual período na forma do art. 49 do Decreto Estadual nº 35.067/2022, após a negociação realizada, anexar a proposta adequada ao último lance por ele ofertado, acompanhada dos documentos a ela pertinentes citados no subitem abaixo. | | | | | | | | | |
| 15.1. CONSULTA | CRC NA PREFEITURA | | | | | | | Págs | | | DECLARAÇÕES | | | H | P | F | |
| | CADFOR | | | | | | | | | | DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR | | | | | | |
| X | CERTIDÃO DO ICMS | | | X | | | | | | | DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS | | | | | | |
| 15.1. CONSULTA | SICAF | | | | | | | | | | DEC. DE REQ. DE HAB. | | | | | | |
| 12.3. 8% | ATEST DE CAP TEC PUBLIC. | | | X | | | | | | | DADOS DO REPRESENTANTE | | | | | | |
| 12.3. 8% | ATEST DE CAP TEC PRIVAD | | | X | | | | | | | CARTA CREDENCIAMENTO | | | | | | |
| | ATEST CAP PUBLIC CONTRATO | | | | | | 12.6/12.10.6 | | | | DECLARAÇÃO GERAL | | | X | | | |
| | RELAÇÃO DE APENADOS - TCE SP | | | | | | | | | | DADOS DA EMPRESA | | | X | | | |
| 15.1. CONSULTA | CERTIDÃO DO CEIS/CNEP | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11.10.2 | PGRSS | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| 21.3 | BRADESCO | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| | CERT DISTRIBUIÇÃO FEDERAL | | | | | | | | | | DECLARAÇÕES COM FIRMA RECONHECIDA | | | | | | |
| | CERTIDÃO -TRT 6ª REGIÃO | | | | | | | | | | SERÃO DESCLASSIFICADAS AS PROPOSTA QUE: | | | | | | |
| | CERT NEG DÉB FISCAIS ESTADO | | | | | | | | | | 15.11.1. Contiver vícios insanáveis; 15.11.2. Não obedecer às especificações técnicas contidas no termo de referência; 15.11.3. Apresentar preços inexequíveis ou permanecerem acima do preço máximo ao definido para a contratação. No caso de agrupamento de itens, a proposta final para o grupo não poderá conter item com valor superior ao estimado pela Administração. 15.11.4. Não tiver sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração; 15.11.5. Apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste edital ou seus anexos, desde que insanável; 15.11.6. Não apresentar amostra ou apresentá-la em desacordo com o edital, quando exigida; | | | | | | |
| | CONTRATO EMPRESA RESÍDUOS | | | | | | | | | | INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA: | | | | | | |
| | BOMBEIROS | | | | | | | | | | OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES: | | | | | | |
| | IDONEIDADE FINANCEIRA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | MANUAL DE BOAS PRÁTICAS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| X | PROCURAÇÃO ERIKA MILLANE | | | X | | | | nº (85) 3125-9393 e pelo e-mail: licitacao@pge.ce.gov.br . | | | | | | | | | |
| ENVELOPE HAB. | SECRETARIA DA SAÚDE/CE | | | X | | | | RECEB. NOME: | | | EM: | | | | | | |