DROGAFONTE
MEDICAMENTOS E MATERIAL HOSPITALAR

Número Comprasnet: 91685/2025

HABILITAÇÃO APÓS DISPUTA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DATA DA LEITURA: | 26/02/2026 | ORGÃO: | SECRETARIA DA SAÚDE/CE |
| CODIGO | ID.15736/ UASG: 943001 | VENDEDOR: | ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO |
| PROCESSO | N° 24001.081920/2025-35 | MODALIDADE: | PREGÃO ELETRÔNICO Nº 20251685 – SESA/COEXE |
| ABERTURA | 05/03/2026 | 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. | 14.26 ADEQUADA + HAB +DOC TÉCNICA - PRAZO DE 02 HORAS |
| VIGENCIA | 6 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 12.2.2 | CONTRATO SOCIAL | X | | | | | | | | |
| 12.2.2 | 41ª ALTERAÇÃO CONS. | X | | | | | | | | |
| 12.2.2 | CNH – DOS SÓCIOS | X | | | X | CARTA DE SOLIDARIEDADE | PODERÁ | | | |
| 12.10.1 | CNPJ. Cod: 6 | X | | | | | | | | |
| 12.10.4 | FGTS | X | | | | BOAS PRATICAS DE FABRI. | | | | |
| 12.10.3 | INSS | X | | | | CBPF DE ORIGEM + TRADUÇÃO | | | | |
| 12.10.3 | CERT. FEDERAL | X | | | 13.1 | INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO, UNIDADE DE FORNECIMENTO, QUANTIDADE 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. I | 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 | | | TR | CÓDIGO PMI NA PROPOSTA | PROPOSTA | | | |
| 12.10.5 | MTE – DÉBITOS TRABALHISTAS | X | | | 15.9. | EXEQUIBILIDADE | PODERÁ | | | |
| | MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ | | | | | | | | | |
| | BALANÇO | | | | 14.27.1. II | Nº DO RG/MS NA PROPOSTA | 13 DÍGITOS | | | |
| | CERT. CONTADOR CRC | | | | | | | | | |
| 12.19.1. | CERTIDÃO DE FALÊNCIA | X | | | ANEXO II - PG 34 | INSERIR DECLARAÇÃO | PROPOSTA | | | |
| | CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM | | | | | NOTIFICAÇÃO SIMPLIFICADA | | | | |
| | CARTÓRIOS PROTESTO | | | | 7.2.4 | VALIDADE DOS PRODUTOS: | 75% | | | |
| | CERTIDÃO DO FORO | | | | X | PROPOSTA VIA 1 | | | X | |
| 12.7. | LIC. FUNC. - MEDICAMENTO | X | | | | | | | | |
| | LIC. FUNC. - MATERIAL | | | | 14.27.1. III | BULA | VENCEDOR | X | | |
| 12.8 | AFE COMUM - ANVISA | X | | | 11.1 | VALOR ESTIMADO R$ 47.667.079,36 | X | | | |
| 12.8 | AFE COMUM - DOU | X | | | 13.1.4/13.1.5. | SEGUIR TABELA CMED E APLICAR CAP CONFORME O CASO | PROPOSTA | | | |
| 12.8 | AFE ESPECIAL - ANVISA | X | | | 13.1.6. / 13.1.6.1 | O medicamento do item 01, 03, 04, 07, 08 e 13 - devendo obrigatoriamente ter a aplicação do CAP, demonstrar a dedução expressamente na sua proposta e nos documentos fiscais. | PROPOSTA | | | |
| 12.8 | AFE ESPECIAL - DOU | X | | | 13.1.7/ 13.1.7.1 | ITENS 01, 07, 08 e 13 - Convênio ICMS 87/02 CONFAZ - devendo obrigatoriamente ter a isenção do ICMS, sob pena de desclassificação de proposta;demonstrar a dedução na sua proposta e nos documentos fiscais. | PROPOSTA | | | |
| | 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.13.1.2. 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. | | | | | |
| X | SIMPLIFICADA - JUCEPE | X | | | | | | | | |
| X | SIMPLIFICADA - ESPECÍFICA | X | | | INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES: | | | | | |
| X | CONSELHO DE FARMÁCIA | X | | | 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% (um centésimo por cento), utilizando como referência o valor unitário do item. | | | | | |
| X | CERTIDÃO FARMÁCIA | X | | | INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS: | | | | | |
| X | DOC. FARMACÊUTICO | X | | | 12.2. Após o julgamento da proposta, o licitante vencedor deverá enviar no prazo de 2 (duas) horas, prorrogável uma vez por igual período, contado da convocação do pregoeiro, os documentos de habilitação.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 | | | | |
| | CERTIDÃO DO ICMS | | | | | DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS | | | | |
| 15.1 CONSULTA | SICAF | | | | | DEC. DE REQ. DE HAB. | | | | |
| 12.4 - 8% | ATEST DE CAP TEC PUBLIC. | X | | | | DADOS DO REPRESENTANTE | | | | |
| 12.4 - 8% | ATEST DE CAP TEC PRIVAD | X | | | | CARTA CREDENCIAMENTO | | | | |
| | ATEST CAP PUBLIC CONTRATO | | | | 12.10.6. | DECLARAÇÃO GERAL | | X | | |
| | RELAÇÃO DE APENADOS - TCE SP | | | | X | DADOS DA EMPRESA | | X | | |
| 15.1 CONSULTA | CEIS/CNEP | | | | | | | | | |
| 21.3 | DADOS DA BRADESCO | X | | | | | | | | |
| 11.10 II | PGRSS | X | | | | | | | | |
| | CERT PROTESTO DOS SÓCIOS | | | | | | | | | |
| | DECRETO FAZENDA MUNICIPAL | | | | | | | | | |
| | CERT DISTRIBUIÇÃO FEDERAL | | | | | | | | | |
| | CERTIDÃO -TRT 6ª REGIÃO | | | | | DECLARAÇÕES COM FIRMA RECONHECIDA | | | | |
| | CERT NEG DÉB FISCAIS ESTADO | | | | SERÃO DESCLASSIFICADAS AS PROPOSTA QUE: | | | | | |
| | CONTRATO EMPRESA RESÍDUOS | | | | 15.7.1. Contiver vícios insanáveis; 15.7.2. Não obedecer às especificações técnicas contidas no termo de referência; 15.7.3. Apresentar preços inexequíveis ou permanecer acima do preço máximo definido para a contratação; 15.7.4. Não tiver sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração; 15.7.5. Apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste edital ou seus anexos, desde que insanável; 15.7.6. Cujos produtos se encontrem com notificação de queixa técnica junto à ANVISA.15.7.7. Contiver item com valor superior ao estimado pela Administração, independentemente do valor total do grupo, quando houver agrupamento de itens. | | | | | |
| | BOMBEIROS | | | | INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA: | | | | | |
| | IDONEIDADE FINANCEIRA | | | | | | | | | |
| | MANUAL DE BOAS PRÁTICAS | | | | OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES: | | | | | |
| X | PROCURAÇÃO ERIKA MILLANE | X | | | (85) 3459.6368 e pelo e-mail: licitacao@pge.ce.gov.br | | | | | |
| ENVELOPE HAB. | SECRETARIA DA SAÚDE/CE | X | | | RECEB. NOME:_____ EM:_____ | | | | | |