



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDREIRAS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 10.432.389/0001-06
Site: <https://www.pedreiras.ma.gov.br/>

ATO CONVOCATÓRIO

Pelo presente instrumento, convocamos a **DROGAFONTE LTDA, inscrita no CNPJ nº 08.778.201/0001-26**, para comparecer no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis a contar do recebimento deste, na Prefeitura Municipal de Pedreiras/MA, com sede à Avenida Rio Branco, nº 111, CEP.: 65.275-000, centro, Pedreiras/MA, para assinatura do termo de contrato a ser celebrado entre esta Prefeitura Municipal e a empresa supracitada.

No ato da assinatura do contrato, a empresa deverá comprovar que está em dia com as obrigações fiscais, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- *Prova de regularidade com a **Fazenda Federal** da licitante, mediante apresentação da:*
 - *Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União, conforme portaria PGFN/RFB nº 1751, de 02 de Outubro de 2014.*
- *Prova de regularidade com a **Fazenda Estadual**, mediante apresentação de:*
 - *Certidão Negativa de Débitos Fiscais;*
 - *Certidão Negativa de Inscrição na Dívida Ativa.*
- *Prova de Regularidade perante a **Fazenda Municipal**, mediante apresentação de:*
 - *Certidão Negativa de Débitos Fiscais relativos ao tributo ISSQN;*
 - *Certidão Negativa de Inscrição na Dívida Ativa, relativa aos tributos ISSQN e TLVF;*
- *Prova de situação regular perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, através de apresentação do CRF - Certificado de Regularidade do **FGTS**;*
- *Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas - **CNDT** (Lei Federal 12.440/2011), emitida no site do Tribunal Superior do Trabalho (www.tst.gov.br);*

O não comparecimento dentro do prazo e condições estabelecidos neste instrumento, ressalvado o direito a justificativa, decairá à empresa o direito à contratação e contra a mesma serão aplicadas as sanções administrativas e penalidades previstas em lei.

Pedreiras (MA), 09 de junho de 2025.

ARILENE BEZERRA OLIVEIRA LEITÃO
Secretária Municipal de Saúde

Recebi em: ____/____/____

Assinatura