

DATA DA LEITURA: 12/06/2025		ORGÃO:		SECRETARIA DA SAÚDE - SES/CE						
CODIGO	ID 9667 - UASG: 943001	VENDEDOR:		ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO						
PROCESSO	nº 24001.100287/2024-19	MODALIDADE:		PREGÃO ELETRÔNICO Nº 20250533 – SESA/COEXE						
ABERTURA	23/06/2025	OBJETO:		MEDICAMENTOS						
HORA	10:00	VALIDA.PROP.		90 DIAS						
JULGAMENTO	ITEM	ENTREGA		15 DIAS						
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 24H;						
VIGENCIA	6 MESES	SISTEMA		(www.gov.br/compras)						
LEITURA POR: JOICE EDUARDA		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			11.1.	VALOR ESTIMADO: R\$ 235.818,50	X			
12.2.2.	413 ALTERAÇÃO CONS.	X			13.1.4.	PREÇOS CONFORME TABELA CMED	PROPOSTA			
12.2.2.	CNH – DOS SÓCIOS	X			13.1.5.	APLICAR O CAP DE ACORDO COM A CMED	PROPOSTA			
12.10.1.	CNPJ. Cod: 6	X			13.1.6.	Itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 (MANDADO JUDICIAL)	PROPOSTA			
12.10.4.	FGTS	X			13.1.7. (ITENS 5 e 7)	Demonstrar isenção do Convênios ICMS 87/02 CONF	PROPOSTA			
12.10.4.	INSS	X			TR 2.	CÓDIGO PMI	PROPOSTA			
12.10.3.	CERT. FEDERAL	X			13.1.	INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO/VERSÃO E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA	ANEXO I - TR			
12.10.3.	CERT. ESTADUAL	X				PROCEDÊNCIA E ORIGEM				
	DIVÍDUA ATIVA ESTADUAL				14.25.	DIGITAR CONFORME ANEXO	ANEXO I - TR			
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 ()	se for o caso	X		
12.10.2.	INSCRIÇÃO ESTADUAL	X				RG/MS MAT - PET 01 () 02 ()				
12.10.5.	MTE – DÉBITOS TRABALHISTAS	X				PROTOCOLO ()				
	MTE – INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ					Nº DO ITEM NO CBPF				
	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				LIC. FUNC. EST. - CORRE. FABRI.				
	CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM					LIC. FUNC. EST. MED. FRABRI.				
	CARTÓRIOS PROTESTO				TR 7.2.4.	VALIDADE DOS PRODUTOS:	MÍNIMO 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				14.27.3.	BULA	VENCEDOR	X		
12.8.	AFE COMUM - ANVISA	X			14.27.4. / TR 6.4.1.	CARTA DE SOLIDARIEDADE CONFORME ANEXO D	VENCEDOR	X		
12.8.	AFE COMUM - DOU	X			15.9.	EXEQUIBILIDADE	PODERÁ			
12.9.	AFE ESPECIAL - ANVISA	X			ANEXO II – PÁG 35	INSERIR DECLARAÇÃO	PROPOSTA			
12.9.	AFE ESPECIAL - DOU	X				NÃO ACEITA PROTOCOLO				
	AFE CORRELATO - ANVISA				ENVELOPE PROP.	SECRETARIA DA SAÚDE - SES/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. 13.2. Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam o licitante					
	SIMPLIFICADA - JUCEPE				INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES:					
	SIMPLIFICADA - ESPECÍFICA				14.5. O lance deverá ser ofertado pelo valor unitário. 14.7. 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 inexequível. 14.9. O intervalo mínimo deverá ser de 0,01%					
	CONSELHO DE FARMÁCIA				INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS:					
	CERTIDÃO FARMÁCIA				14.26. O pregoeiro solicitará ao licitante mais bem classificado para no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, após a negociação realizada, anexar a proposta adequada ao último lance por ele ofertado, acompanhada dos documentos a ela pertinentes citados no subitem 17.27.					
	DOC. FARMACÊUTICO				Págs	DECLARAÇÕES		H	P	F
	CRC NA PREFEITURA					DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR				
	CADFOR					DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS				
	CERTIDÃO DO ICMS					DEC. DE REQ. DE HAB.				
15.1. I/II CONSULTA	SICAF e CRC CE					DADOS DO REPRESENTANTE				
12.4. 8%	ATEST DE CAP TEC PUBLIC.	X				CARTA CREDENCIAMENTO				
12.4. 8%	ATEST DE CAP TEC PRIVAD	X								
	ATEST CAP PUBLIC CONTRATO				12.10.6.	DECLARAÇÃO GERAL	EDITAL	X		
	RELAÇÃO DE APENADOS - TCE SP				X	DADOS DA EMPRESA	X	X		
15.1. III/IV CONSULTA	CERTIDÃO DO 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									
					DECLARAÇÕES COM FIRMA RECONHECIDA					
					SERÃO DESCLASSIFICADAS AS PROPOSTA QUE:					
	CONTRATO EMPRESA RESÍDUOS				15.7. Será desclassificada a proposta vencedora que: 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.					
21.3.	COMPROVANTE DO BANCO BRADESCO	X			INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA:					
	IDONEIDADE FINANCEIRA									
	MANUAL DE BOAS PRÁTICAS				OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:					
X	PROCURAÇÃO ERIKA MILLANE	X			Pregoeira Antonia Gleiva Nunes de Sousa Montenegro. tel.: (85) 3224-39-03 e e-mail: licitacao@pge.ce.gov.br.					
ENVELOPE HAB.	SECRETARIA DA SAÚDE - SES/CE	X			RECEB. NOME: _____ EM: _____					