

**PROPOSTA DE PREÇOS**

À PREGOEIRA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLONÓPOLE / CE  
PROCESSO: PREGÃO ELETRÔNICO Nº 2024.01.03.02-SRP

**1. Identificação da licitante –**

**NOME DA EMPRESA:** DMEDI DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTO LTDA  
**CNPJ:** 37.576.802/0001-54  
**ENDEREÇO:** RUA JOÃO PORFÍRIO DE FÁRIAS, 119, PROGRESSO – NOVA RUSSAS – CE  
**INFORMAÇÃO BANCÁRIA:** Banco do Brasil, ag. 1409-5, cc. 40459-4  
**TELEFONE:** (88) 994359474  
**E-MAIL:** dmedidistribuidora@gmail.com

**2. Identificação do representante legal –**

**NOME:** ANTONIO PHILIPPY MARTINS TIMBO BEZERRA  
**CPF:** 023.986.903-69  
**ENDEREÇO:** RUA TENENTE RAIMUNDO VALE, 169, BAIRRO PATRONADO, CEP 62.200-000, NA CIDADE DE NOVA RUSSAS, ESTADO DO CEARÁ  
**TELEFONE:** (88) 994359474  
**E-MAIL:** dmedidistribuidora@gmail.com

**OBJETO DA LICITAÇÃO –**

REGISTRO DE PREÇOS VISANDO FUTURA E EVENTUAIS AQUISIÇÕES DE MEDICAMENTOS QUE NÃO CONSTAM NO PROGRAMA DE PACTUAÇÃO INTEGRADA – PPI OU QUE FORNECIDOS DE FORMA INSUFICIENTES, DA ATENÇÃO BÁSICA COM BASE NA LISTAGEM DE A A Z DA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA, DE INTERESSE DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SOLONÓPOLE /CE, TUDO CONFORME ESPECIFICAÇÕES CONTIDAS NO PROJETO BÁSICO/TERMO DE REFERÊNCIA ANEXO AO EDITAL.

ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR ESTIMADO	DESCONTO	NOVO VALOR TOTAL	MARCA
03	MEDICAMENTOS "SIMILAR" DE "A A Z", DESCRITOS NA TABELA CMED/ANVISA. DISPONÍVEL EM: <a href="http://portal.abcfarma.org.br/columa">http://portal.abcfarma.org.br/columa</a> ESTADO DO CEARÁ (ICMS 18%), MEDIANTE PUBLICAÇÃO DE PERCENTUAL DE DESCONTO SOBRE O VALOR DA TABELA	R\$ 400.000,00 (QUATROCENTOS MIL REAIS)	60,00%	R\$ 160.000,00 (CENTO E SESSENTA MIL REAIS)	DIVERSAS
04	MEDICAMENTOS "SIMILAR CONTROLADO" DE "A A Z", DESCRITOS NA TABELA CMED/ANVISA. DISPONÍVEL EM: <a href="http://portal.abcfarma.org.br/columa">HTTP://PORTAL.ABCFARMA.ORG.BR- COLUMA</a> ESTADO DO CEARÁ (ICMS 18%), MEDIANTE PUBLICAÇÃO DE PERCENTUAL DE DESCONTO SOBRE O VALOR DA TABELA	R\$ 200.000,00 (DUZENTOS MIL REAIS)	55,00%	R\$ 90.000,00 (NOVENTA MIL REAIS)	DIVERSAS
05	MEDICAMENTOS "ETICO" DE "A A Z", DESCRITOS NA TABELA CMED/ANVISA. DISPONÍVEL EM: <a href="http://portal.abcfarma.org.br/columa">http://portal.abcfarma.org.br/columa</a> ESTADO DO CEARÁ (ICMS 18%), MEDIANTE PUBLICAÇÃO DE PERCENTUAL DE DESCONTO SOBRE O VALOR DA TABELA	R\$ 200.000,00 (DUZENTOS MIL REAIS)	16,10%	R\$ 167.800,00 (CENTO E SESSENTA E SETE MIL E OITOCENTOS REAIS)	DIVERSAS
<b>VALOR TOTAL DO LOTE:</b>				<b>R\$ 417.800,00</b>	
<b>QUATROCENTOS E DEZESSETE MIL E OITOCENTOS REAIS</b>					

**VALOR TOTAL:** R\$ 417.800,00 (QUATROCENTOS E DEZESSETE MIL E OITOCENTOS REAIS)

**PRAZO DE ENTREGA:** Os produtos deverão ser entregues em até 05 (CINCO) DIAS, NO CASO DE MEDICAMENTOS GERAIS E GENÉRICOS SIMPLES e de até 24H (VINTE E QUATRO HORAS), NO CASO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS, a contar da emissão da ORDEM DE COMPRA, nos locais determinados pela CONTRATANTE.

**VALIDADE DA PROPOSTA:** 90 (NOVENTA) DIAS

**OBSERVAÇÕES:**

DECLARO QUE TEMOS O PLENO CONHECIMENTO, ACEITAÇÃO E CUMPRIRÁ TODAS AS OBRIGAÇÕES CONTIDAS NO ANEXO I – PROJETO BÁSICO/TERMO DE REFERÊNCIA DESTE EDITAL.

DECLARO QUE, FICA SUBENTENDIDA QUE NO VALOR PROPOSTO ESTÃO INCLUÍDAS TODAS AS DESPESAS NECESSÁRIAS A ENTREGA DOS PRODUTOS, INCLUSIVE AS RELACIONADAS COM:

ENCARGOS SOCIAIS, TRABALHISTAS, PREVIDENCIÁRIOS E OUTROS; TRIBUTOS, TAXAS E TARIFAS, EMOLUMENTOS, LICENÇAS, ALVARÁS, MULTAS E/OU QUALQUER INFRAÇÕES; SEGUROS EM GERAL, DA INFORTUNÍSTICA E DE RESPONSABILIDADE CIVIL PARA

QUAISQUER DANOS E PREJUÍZOS CAUSADOS À CONTRATANTE E/OU A TERCEIROS, GERADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE PELA ENTREGA DOS PRODUTOS OBJETO DESTA LICITAÇÃO.

DECLARO DE QUE O PROPONENTE CUMPRE PLENAMENTE OS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO E QUE SUA PROPOSTA DE PREÇOS ESTÁ EM CONFORMIDADE COM AS EXIGÊNCIAS DO INSTRUMENTO CONVOCATÓRIO (EDITAL).

DECLARO QUE, NOS VALORES APRESENTADOS ACIMA, ESTÃO INCLUSOS TODOS OS TRIBUTOS, ENCARGOS TRABALHISTAS, PREVIDENCIÁRIOS, FISCAIS E COMERCIAIS, TAXAS, FRETES, SEGUROS, DESLOCAMENTOS DE PESSOAL, CUSTOS E DEMAIS DESPESAS QUE POSSAM INCIDIR SOBRE O OBJETO LICITADO, INCLUSIVE A MARGEM DE LUCRO.

NOVA RUSSAS - CEARÁ, DIA 08 DE FEVEREIRO DE 2024

gov.br

Documento assinado digitalmente

ANTONIO PHILIPPY MARTINS TIMBO BEZERRA

Data: 08/02/2024 10:16:21-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

DMEDI DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTO LTDA

CNPJ: 37.576.802/0001-54

ANTONIO PHILIPPY MARTINS TIMBO BEZERRA

CPF: 023.986.903-69



A PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE/CE

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 2024.01.03.02-SRP

CRITÉRIO DE JULGAMENTO: MENOR PREÇO POR LOTE / MAIOR DESCONTO PERCENTUAL

DATA E HORARIO DA DISPUTA: 08 de fevereiro de 2024 as 8h30min

MODO DE DISPUTA: **ABERTO E FECHADO**

LOCAL: endereço eletrônico : [www.licitacoes-e.com.br](http://www.licitacoes-e.com.br)

**OBJETO:** REGISTRO DE PREÇOS VISANDO FUTURA E EVENTUAIS AQUISIÇÕES DE MEDICAMENTOS QUE NÃO CONSTAM NO PROGRAMA DE PACTUAÇÃO INTEGRADA – PPI OU QUE FORNECIDOS DE FORMA INSUFICIENTES, DA ATENÇÃO BÁSICA COM BASE NA LISTAGEM DE A A Z DA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA, DE INTERESSE DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SOLONOPOLE /CE, TUDO CONFORME ESPECIFICAÇÕES CONTIDAS NO PROJETO BÁSICO/TERMO DE REFERÊNCIA ANEXO AO EDITAL

RAZÃO SOCIAL: L C M FERREIRA FARMA HOSPITALAR LTDA

CNPJ: 350192060001-48 | CGF: 06.326900-7

NOME FANTASIA: LCM HOSPITALAR

ENDEREÇO: AVENIDA WASHINGTON SOARES, 10509 B, BAIRRO: GUAJERÚ FORTALEZA/CE CEP: 60.843-285

TELEFONE: 85- 2180-8184 85- 99766-5534 E-MAIL: [lcm.farmahospitalar@gmail.com](mailto:lcm.farmahospitalar@gmail.com)

REPRESENTANTE LEGAL : LUIS CAUAN MENDES FERREIRA IDENTIDADE (RG) Nº: 2015026397-4 | CPF Nº: 625.647.133-43

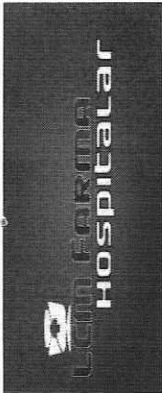
DADOS BANCÁRIOS: BANCO BRASIL (001) AG: 4293-5 C/C: 15.922-0

**Apresentamos a nossa proposta de preços conforme solicitado para fornecimento dos produtos abaixo discriminados:**

LUIS CAUAN  
MENDES  
FERREIRA:6256471  
3343

Assinado de forma digital  
por LUIS CAUAN MENDES  
FERREIRA:62564713343  
Dados: 2024.02.08  
10:17:38 -03'00'

525



**PROPOSTA READEQUADA**

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	MARCA	UNID	QTD	VALOR	PERCENTUAL (%) DE DESCONTO
1	Medicamentos "GENERICOS" de "A a Z", descritos na Tabela CMED/ANVISA. Disponível em: <a href="http://portal.abcfarma.org.br">http://portal.abcfarma.org.br</a> coluna Estado do Ceará (ICMS 18%), mediante publicação de percentual de desconto sobre o valor da tabela	DIVERSOS	UND	1	R\$140.000,00 (cento e quarenta mil reais)	65,00% (sessenta e cinco por cento)
2	Medicamentos "GENERICOS CONTROLADOS" de "A a Z", descritos na Tabela CMED/ANVISA. Disponível em: <a href="http://portal.abcfarma.org.br">http://portal.abcfarma.org.br</a> - coluna Estado do Ceará (ICMS 18%), mediante publicação de percentual de desconto sobre o valor da tabela	DIVERSOS	UND	1	R\$ 100.000,00 (cem mil reais)	50,00%(cinquenta por cento)

FORTALEZA/CE, 07 de fevereiro de 2023.

VALIDADE DA PROPOSTA: 60 (sessenta) dias . a partir da data de apresentação.

Prazo para Pagamento: Conforme Edital

Prazo de Garantia dos Produtos: os produtos terão garantia mínima de 12 (doze) meses.

DECLARAMOS que nos preços estão incluídos todos os custos operacionais, encargos previdenciários, trabalhistas, tributários, comerciais e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente no fornecimento dos bens.

Declaramos **QUE CUMPRIMOS PLENAMENTE** os requisitos de habilitação e que nossa proposta de preço está em conformidade com as exigências do instrumento convocatório (edital). Declaramos que estamos enquadradas no Regime de Tributação de MICROEMPRESA-ME conforme estabelece o artigo 3º da Lei Complementar 123, de 14 de dezembro de 2006.

526

LUIS CAUAN  
MENDES  
FERREIRA:625647133  
43

Assinado de forma digital  
por LUIS CAUAN MENDES  
FERREIRA:62564713343  
Dados: 2024.02.08 10:18:09  
-03'00"



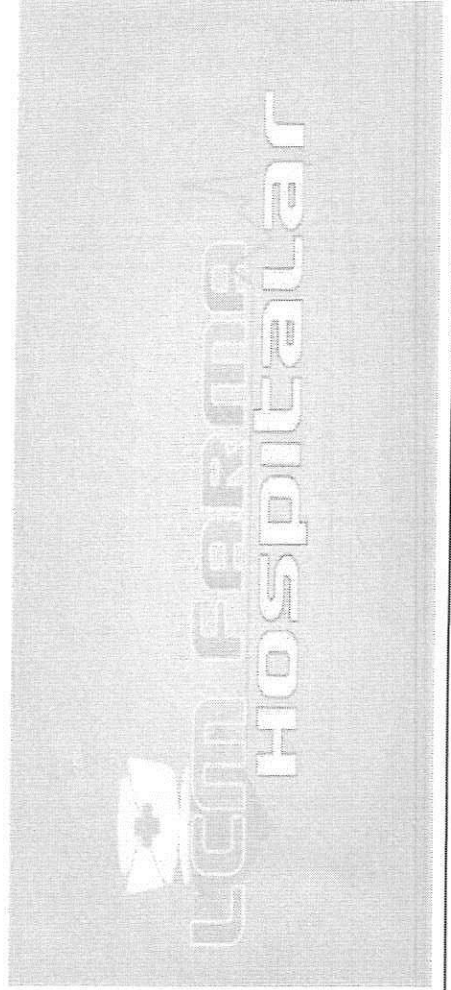
LUIS CAUAN  
MENDES  
FERREIRA:62564713  
343

Assinado de forma digital  
por LUIS CAUAN MENDES  
FERREIRA:62564713343  
Dados: 2024.02.08  
10:18:21 -03'00'

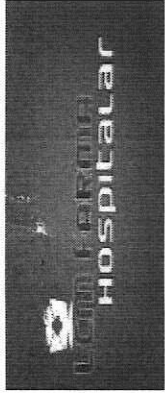
L C M FARMA HOSPITALAR  
CNPJ: 35.019.206/0001-48

LUIS CAUAN MENDES FERREIRA

CPF: 625.647.133-43 | RG: 2015026397-4 – SSP/CE



527



A PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE/CE  
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 2024.01.03.02 -SRP  
CRITÉRIO DE JULGAMENTO: MENOR PREÇO POR LOTE / MAIOR DESCONTO PERCENTUAL  
DATA E HORARIO DA DISPUTA: 08 de fevereiro de 2024 as 8h30min  
MODO DE DISPUTA: **ABERTO E FECHADO**

LOCAL: endereço eletrônico : [www.licitacoes-e.com.br](http://www.licitacoes-e.com.br)

**OBJETO:** REGISTRO DE PREÇOS VISANDO FUTURA E EVENTUAIS AQUISIÇÕES DE MEDICAMENTOS QUE NÃO CONSTAM NO PROGRAMA DE PACTUAÇÃO INTEGRADA – PPI OU QUE FORNECIDOS DE FORMA INSUFICIENTES, DA ATENÇÃO BÁSICA COM BASE NA LISTAGEM DE A Z DA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA, DE INTERESSE DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SOLONOPOLE /CE, TUDO CONFORME ESPECIFICAÇÕES CONTIDAS NO PROJETO BÁSICO/TERMO DE REFERÊNCIA ANEXO AO EDITAL

RAZÃO SOCIAL: L C M FERREIRA FARMA HOSPITALAR LTDA

CNPJ: 350192060001-48 | CGF: 06.326900-7

NOME FANTASIA: LCM HOSPITALAR

ENDEREÇO: AVENIDA WASHINGTON SOARES, 10509 B, BAIRRO: GUAJERÚ FORTALEZA/CE CEP: 60.843-285

TELEFONE: 85- 2180-8184 85- 99766-5534 E-MAIL: [lcm.farmahospitalar@gmail.com](mailto:lcm.farmahospitalar@gmail.com)

REPRESENTANTE LEGAL : LUIS CAJAN MENDES FERREIRA IDENTIDADE (RG) Nº: 2015026397-4 | CPF Nº: 625.647.133-43

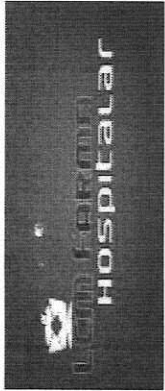
DADOS BANCÁRIOS: BANCO BRASIL (001) AG: 4293-5 C/C: 15.922-0

LUIS CAJAN MENDES FERREIRA:62 564713343  
Assinado de forma digital por LUIS CAJAN MENDES FERREIRA:6256471334  
Dados: 2024.02.21 14:42:04 -03'00'

**Apresentamos a nossa proposta de preços conforme solicitado para fornecimento dos produtos abaixo discriminados:**

**L C M FERREIRA FARMA HOSPITALAR** CNPJ nº 35.019.206/00001-48 |CGF nº 06.326.9007 Avenida Washington Soares, 10509 B, Bairro: Guajerú Fortaleza/CE CEP: 60.843-285 Telephone: 85 - 99766.5534 | 85-99437-7664, Email: [lcm.farmahospitalar@gmail.com](mailto:lcm.farmahospitalar@gmail.com)

57 22 88



**PROPOSTA READEQUADA**

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	MARCA	UNID	QTD	VALOR ESTIMADO	PERCENTUAL (%) DE DESCONTO
6	Medicamentos "ETICO CONTROLADO" de "A a Z", descritos na Tabela CMED/ANVISA. Disponível em: <a href="http://portal.abcfarma.org.br">http://portal.abcfarma.org.br</a> - coluna Estado do Ceará (ICMS 18%), mediante publicação de percentual de desconto sobre o valor da tabela	DIVERSOS	UND	1	R\$ 85.000,00	15,00% (quinze por cento)
VALOR DA PROPOSTA					<b>R\$ 85.000,00</b>	

FORTALEZA/CE, 21 de fevereiro de 2023.

VALIDADE DA PROPOSTA: 60 (sessenta) dias . a partir da data de apresentação.  
Prazo para Pagamento: Conforme Edital  
Prazo de Garantia dos Produtos: os produtos terão garantia mínima de 12 (doze) meses.

DECLARAMOS que nos preços estão incluídos todos os custos operacionais, encargos previdenciários, trabalhistas, tributários, comerciais e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente no fornecimento dos bens.

Declaramos **QUE CUMPRIMOS PLENAMENTE** os requisitos de habilitação e que nossa proposta de preço está em conformidade com as exigências do instrumento convocatório (edital). Declaramos que estamos enquadradas no Regime de Tributação de MICROEMPRESA-ME conforme estabelece o artigo 3º da Lei Complementar 123, de 14 de dezembro de 2006.

