



## PROPOSTA DE PREÇOS (ADEQUADA)

Ao Município de Umari, Estado do Ceará.

Pela presente declaramos inteira submissão aos preceitos legais em vigor, especialmente os da Lei Federal nº 14.133/2021, bem como às cláusulas e condições da modalidade Pregão Eletrônico nº 2025.01.17.1.

Declaramos que não ocorreu fato que nos impeça de participar da mencionada Licitação.

Declaramos, ainda, que em nossa proposta os valores apresentados englobam todas as despesas com tributos, impostos, contribuições fiscais, parafiscais ou taxas, inclusive, porventura, com serviços de terceiros, que incidam direta ou indiretamente no valor dos produtos/materiais cotados que venham a onerar o objeto desta contratação.

Assumimos o compromisso de bem e fielmente executar os serviços especificados no Anexo I, caso sejamos vencedor(es) da presente Licitação.

Objeto: Aquisição de medicamentos, material hospitalar, odontológico e laboratorial destinados ao atendimento das necessidades das Unidades de Atendimento de Saúde do Município de Umari/CE, CONFORME ESPECIFICAÇÕES APRESENTADAS NO QUADRO ABAIXO.

LOTE 10 - MATERIAL DE LABORATÓRIO								
ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UND	QTDE	MARCA	VR. UNIT	VR. UNIT EXTENSO	VALOR TOTAL	VALOR TOTAL EXTENSO
1	ÁCIDO ÚRICO LIQUIFORM	KIT	20	LABTEST	R\$ 69,00	sessenta e nove reais	R\$ 1.380,00	mil trezentos e oitenta e nove reais
2	ÁCIDO TRICLOACETICO 99% 500G	FR	12	DINAMICA	R\$ 96,70	noventa e seis reais e setenta centavos	R\$ 1.160,40	mil cento e sessenta e sete reais e setenta centavos
3	ALANINA (ALT/GPT) LIQUIFORM (4X30ML)	KIT	16	LABTEST	R\$ 120,00	cento e vinte reais	R\$ 1.920,00	mil novecentos e vinte reais
4	ALBUMINA 250ML	KIT	10	ANALISA	R\$ 61,00	sessenta e um reais	R\$ 610,00	seiscentos e dez reais
5	AMILASE CNPG LIQUIFORM	Und	4	LABTEST	R\$ 315,00	trezentos e quinze reais	R\$ 1.260,00	mil duzentos e sessenta reais
6	ASPARGATO (AST/GOT) LIQUIFORM (4X30ML)	KIT	16	LABTEST	R\$ 110,00	cento e dez reais	R\$ 1.760,00	mil setecentos e sessenta reais
7	AZUL CRESIL BRILHANTE 100 ML	Und	8	LABORCLIN	R\$ 36,50	trinta e seis reais e cinquenta centavos	R\$ 292,00	duzentos e noventa e dois reais
8	AZUL DE METILENO 1000 ML	Und	10	EXODO	R\$ 47,80	quarenta e sete reais e oitenta centavos	R\$ 478,00	quatrocentos e setenta e oito reais
9	BETALATEX (TESTE GRAVIDEZ URINA) 50TT	Und	10	ALL TEST	R\$ 71,80	setenta e um reais e oitenta centavos	R\$ 718,00	setecentos e dezoito reais
10	BETATEST PLUS SABONETE (SANGUE/URINA) 25 T	Und	10	LABTEST	R\$ 220,00	duzentos e vinte reais	R\$ 2.200,00	dois mil e duzentos reais
11	BILIRRUBINA	KIT	12	LABTEST	R\$ 60,00	sessenta reais	R\$ 720,00	setecentos e vinte reais
12	COLESTEROL HDL 50ML (PRECIPITANTE)	KIT	14	ANALISA	R\$ 42,00	quarenta e dois reais	R\$ 588,00	quinhentos e oitenta e oito reais
13	COLESTEROL LIQUIFORM (2X100ML)	KIT	24	LABTEST	R\$ 120,00	cento e vinte reais	R\$ 2.880,00	dois mil, oitocentos e oitenta reais
14	CORANTE PANÓTICO RÁPIDO 3X500ML	Und	16	NEWPROV	R\$ 71,00	setenta e um reais	R\$ 1.136,00	mil cento e trinta e seis reais
15	CREATININA K. CINÉTICA	KIT	10	LABTEST	R\$ 65,00	sessenta e cinco reais	R\$ 650,00	seiscentos e cinquenta reais
16	DESCORANTE (ALCOOL ÁCIDO) 3% P/BAAR 1000 ML	Und	24	RENYLAB	R\$ 35,00	trinta e cinco reais	R\$ 840,00	oitocentos e quarenta reais
17	FORMALDEÍDO PA	CX	6	ACS	R\$ 17,60	dezesseite reais e sessenta centavos	R\$ 105,60	cento e cinco reais e sessenta centavos
18	FOSFATASE ALCALINA LIQUIFORM	KIT	16	LABTEST	R\$ 115,00	cento e quinze reais	R\$ 1.840,00	mil oitocentos e quarenta reais
19	FUCSINA BÁSICA PÓ	Und	12	ACS	R\$ 63,00	sessenta e três reais	R\$ 756,00	setecentos e cinquenta e seis reais
20	GAMA GT LIQUIFORM	KIT	12	LABTEST	R\$ 100,00	cem reais	R\$ 1.200,00	mil e duzentos reais
21	GIEMSA 1000ML	Und	12	NEWPROV	R\$ 60,00	sessenta reais	R\$ 720,00	setecentos e vinte reais
22	GLICOSE LIQUIFORM 500ML	KIT	24	LABTEST	R\$ 85,00	oitenta e cinco reais	R\$ 2.040,00	dois mil e quarenta e quatro reais
23	GLISTAB 20ML (FLUORETO) (EDTA/KF)	Und	40	LABTEST	R\$ 15,00	quinze reais	R\$ 600,00	seiscentos reais
24	HEMOGLOBINA 400T	KIT	12	LABTEST	R\$ 45,00	quarenta e cinco reais	R\$ 540,00	quinhentos e quarenta reais
25	HEMSTAB 20 ml (EDTA)	KIT	40	LABTEST	R\$ 20,00	vinte reais	R\$ 800,00	oitocentos reais
26	INSTANT PROV Nº 01 C/500ML	CX	16	NEWPROV	R\$ 48,00	quarenta e oito reais	R\$ 768,00	setecentos e sessenta e oito reais
27	INSTANT PROV Nº 02 C/500ML	CX	16	NEWPROV	R\$ 48,00	quarenta e oito reais	R\$ 768,00	setecentos e sessenta e oito reais
28	INSTANT PROV Nº 03 C/500ML	CX	16	NEWPROV	R\$ 48,00	quarenta e oito reais	R\$ 768,00	setecentos e sessenta e oito reais
29	IODETO DE POTÁSSIO 500G	FR	8	NOX	R\$ 420,00	quatrocentos e vinte reais	R\$ 3.360,00	três mil, trezentos e sessenta reais
30	IODO RESSUBLINADO METALICO 500G	FR	8	ACS	R\$ 650,00	seiscentos e cinquenta reais	R\$ 5.200,00	cinco mil e duzentos reais
31	LDH LIQUIFORM	KIT	18	LABTEST	R\$ 95,00	noventa e cinco reais	R\$ 1.710,00	mil setecentos e dez reais
32	MAYGRUNWALD 1000M	Und	12	LABORCLIN	R\$ 71,00	setenta e um reais	R\$ 852,00	oitocentos e cinquenta e dois reais
33	MUCOPROTEINAS 25 T	KIT	18	LABTEST	R\$ 85,00	oitenta e cinco reais	R\$ 1.530,00	mil quinhentos e trinta reais
34	NITRATO DE PRATA PA ACS 100G	FR	8	LABORTEC	R\$ 126,00	cento e vinte e seis reais	R\$ 1.008,00	mil e oito reais



35	ÓLEO DE IMERSÃO I.R. (40C) 1.4975100 ML	Und	10	LABORCLIN	R\$ 23,00	vinte e três reais	R\$ 230,00	duzentos e trinta reais
36	PADRÃO DE BILIRRUBINA 3ML	KIT	12	LABTEST	R\$ 34,00	trinta e quatro reais	R\$ 408,00	quatrocentos e oito reais
37	PADRÃO DE HEMOGRAMA 1ML	KIT	12	LABTEST	R\$ 40,00	quarenta reais	R\$ 480,00	quatrocentos e oitenta reais
38	PAPEL FILTRO 42 F AZUL 9,0 CM C/100	PCT	10	QUALITY	R\$ 16,00	dezesseis reais	R\$ 160,00	cento e sessenta reais
39	PAPEL FILTRO QUALITAT 9,0 CM C/ 100	PCT	40	QUALITY	R\$ 16,00	dezesseis reais	R\$ 640,00	seiscentos e quarenta reais
40	PROTEINAS TOTAL LIQUIFORM 250ML	KIT	12	ANALISA	R\$ 39,00	trinta e nove reais	R\$ 468,00	quatrocentos e sessenta e oito reais
41	REUMALATEX ( FATOR REUMATOIDE)	KIT	12	LABTEST	R\$ 100,00	cem reais	R\$ 1.200,00	mil e duzentos reais
42	RPR BRAS ESTAB. P/ VDRL 5ML P/USO 225T	Und	12	LABORCLIN	R\$ 50,00	cinquenta reais	R\$ 600,00	seiscentos reais
43	SAFRANINA GRAM SOLUÇÃO 1000 ML	Und	18	DINAMICA	R\$ 52,00	cinquenta e dois reais	R\$ 936,00	novecentos e trinta e seis reais
44	SEROLATEX AEO ( ASO) 60T	KIT	14	LABORCLIN	R\$ 140,00	cento e quarenta reais	R\$ 1.960,00	mil novecentos e sessenta reais
45	SEROLATEX PCR (SO LATEX)	KIT	14	EBRAM	R\$ 145,00	cento e quarenta e cinco reais	R\$ 2.030,00	dois mil e trinta reais
46	SORO ANTI- IgG COOMBS 10 ML	Und	10	EBRAM	R\$ 45,00	quarenta e cinco reais	R\$ 450,00	quatrocentos e cinquenta reais
47	SORO ANTI-A 10 ML P/ CLASSIFICAÇÃO SANGUINEA	Und	40	FRESENIUS	R\$ 40,00	quarenta reais	R\$ 1.600,00	mil e seiscentos reais
48	SORO ANTI-B 10 ML P/ CLASSIFICAÇÃO SANGUINEA	Und	40	FRESENIUS	R\$ 40,00	quarenta reais	R\$ 1.600,00	mil e seiscentos reais
49	SORO ANTI-AB 10 ML P/ CLASSIFICAÇÃO SANGUINEA	Und	40	FRESENIUS	R\$ 40,00	quarenta reais	R\$ 1.600,00	mil e seiscentos reais
50	SORO ANTI-D (RHO-O) 10ML P/ CLASSIFICAÇÃO SANGUINEA	Und	40	FRESENIUS	R\$ 41,00	quarenta e um reais	R\$ 1.640,00	mil seiscentos e quarenta reais
51	TRIGLICERIDES LIQUIFORM (2X100ML)	KIT	24	LABTEST	R\$ 260,00	duzentos e sessenta reais	R\$ 6.240,00	seis mil, duzentos e quarenta reais
52	UREIA CE	KIT	16	LABTEST	R\$ 200,00	duzentos reais	R\$ 3.200,00	três mil e duzentos reais
53	URIQUEST C/ 150 ( TIRAS P/ UROANALISE)	Und	20	LUMIRATEK	R\$ 85,00	oitenta e cinco reais	R\$ 1.700,00	mil e setecentos reais
54	VIOLETA GENCIANA 1000 ML51	Und	20	NOX	R\$ 40,00	quarenta reais	R\$ 800,00	oitocentos reais
55	XILENO PA 1000 ML ( XILOL )	Und	15	EXODO	R\$ 60,00	sessenta reais	R\$ 900,00	novecentos reais
<b>TOTAL DO LOTE 10</b>							<b>R\$ 72.000,00</b>	<b>setenta e dois mil reais</b>

LOTE 11 - MEDICAMENTOS								
ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UND	QTDE	MARCA	VR. UNIT	VR. UNIT EXTENSO	VALOR TOTAL	VALOR TOTAL EXTENSO
1	ACEBROFILINA 5 MG / ML XPE CT FR PLAS PET AMB X 120 ML + CP MED X 10 ML - INFANTIL	Und	100	E.M.S	R\$ 9,40	nove reais e quarenta centavos	R\$ 940,00	novecentos e quarenta reais
2	ACEBROFILINA 10 MG / ML XPE CT FR PLAS PET AMB X 120 ML + CP MED X 10 ML - ADULTO	Und	100	ACHE	R\$ 11,50	onze reais e cinquenta centavos	R\$ 1.150,00	mil cento e cinquenta reais
3	NIFEDIPINO 20 MG COM REV CT BL AL/PLAST AMB OPC X 20 CAPS	CX	75	DIFFUCAP	R\$ 15,50	quinze reais e cinquenta centavos	R\$ 1.162,50	mil cento e sessenta e dois reais e cinquenta centavos
4	NIFEDIPINO 30 MG COM CT BL AL/AL X 30 CAPS	CX	20	BAYER	R\$ 30,10	trinta reais e dez centavos	R\$ 602,00	seiscentos e dois reais
5	NIFEDIPINO 40 MG CAP 2 BL AL PLAST X 10 CAPS	CX	20	DIFFUCAP	R\$ 35,00	trinta e cinco reais	R\$ 700,00	setecentos reais
6	NIFEDIPINO 60 MG COM CT BL AL/AL X 30 CAPS	CX	20	BAYER	R\$ 53,00	cinquenta e três reais	R\$ 1.060,00	mil e sessenta reais
7	ACICLOVIR 50MG CREM DERM CT BG AL X 10 G	Und	50	E.M.S	R\$ 6,15	seis reais e quinze centavos	R\$ 307,50	trezentos e sete reais e cinquenta centavos
8	ACICLOVIR 200 MG CX C/25 COMP	CX	50	E.M.S	R\$ 14,00	quatorze reais	R\$ 700,00	setecentos reais
9	AMOXICILINA 50 MG/ML PO PREP EXTEMP SUS OR CT FR VD AMB X 150 ML	FR	100	GERMED	R\$ 13,00	treze reais	R\$ 1.300,00	mil e trezentos reais
10	AMOXICILINA 500 MG CAP GEL DURA CT BL AL PLAS INC X 21	CX	40	E.M.S	R\$ 9,20	nove reais e vinte centavos	R\$ 368,00	trezentos e sessenta e oito reais
11	CETOCONAZOL + DIPROPIONATO DE BETAMETAZONA CREME DERMATOLOGICO 20MG/G+0,5MG/G 30G	Und	50	E.M.S	R\$ 9,85	nove reais e oitenta e cinco centavos	R\$ 492,50	quatrocentos e noventa e dois reais e cinquenta centavos
12	CETOCONAZOL + DIPROPIONATO DE BETAMETAZONA POMADA DERMATOLOGICO 20MG/G+0,64MG/G 30G	Und	50	E.M.S	R\$ 11,70	onze reais e setenta centavos	R\$ 585,00	quinhentos e oitenta e cinco reais
13	CLORIDRATO DE AMBROXOL 15MG 120ML SOL ORAL	FR	150	E.M.S	R\$ 23,00	vinte e três reais	R\$ 3.450,00	três mil, quatrocentos e cinquenta reais
14	CLORIDRATO DE AMBROXOL 30MG 120ML SOL ORAL	FR	150	E.M.S	R\$ 19,00	dezenove reais	R\$ 2.850,00	dois mil, oitocentos e cinquenta reais
15	CLORIDRATO DE TANSULOSINA 0,4MG CX C/ 30	CX	36	E.M.S	R\$ 25,90	vinte e cinco reais e noventa centavos	R\$ 932,40	novecentos e trinta e dois reais e quarenta centavos
16	CLORIDRATO DE LIDOCAINA 2% GEL 30G	Und	70	PHARLAB	R\$ 4,00	quatro reais	R\$ 280,00	duzentos e oitenta reais
17	DICLOFENACO POTÁSSICO 15 MG/ML SUSP ORAL GOTAS	FR	500	E.M.S	R\$ 3,10	três reais e dez centavos	R\$ 1.550,00	mil quinhentos e cinquenta reais
18	SIMETICONA 75 MG/ML EMU OR CT FR PLAS OPC GOT X 15 ML	FR	300	E.M.S	R\$ 3,19	três reais e dezenove centavos	R\$ 957,00	novecentos e cinquenta e sete reais
19	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 37 MG/ML + 40 MG/ML + 5 MG/ML SUS OR CT FR PLAS OPC X 240 ML	FR	200	E.M.S	R\$ 7,40	sete reais e quarenta centavos	R\$ 1.480,00	mil quatrocentos e oitenta reais



20	IBUPROFENO 100MG/ML 20 ML GOTAS	FR	250	E.M.S	R\$ 6,70	seis reais e setenta centavos	R\$ 1.675,00	mil seiscentos e setenta e cinco reais
21	METOCLOPRAMIDA 4 MG/ML SOL OR CT FR VD AMB CGT X 10 ML	Und	250	TEUTO	R\$ 3,70	três reais e setenta centavos	R\$ 925,00	novecientos e vinte e cinco reais
22	SULFATO DE NEOMICINA 5,0 MG/G POM DERM CT TB AL X 20 G	Und	250	E.M.S	R\$ 3,90	três reais e noventa centavos	R\$ 975,00	novecientos e setenta e cinco reais
23	NITROFURAL 2MG - 30G - POMADA	Und	24	NEO QUIMICA	R\$ 4,70	quatro reais e setenta centavos	R\$ 112,80	cento e doze reais e oitenta centavos
24	OMEPRAZOL 20 MG CAP GEL DURA MICROG CT BL AL PLAS X 28	Und	250	E.M.S	R\$ 4,00	quatro reais	R\$ 1.000,00	mil reais
25	OMEPRAZOL 40 MG CAP GEL DURA MICROG CT BL AL PLAS INC X 30	CX	200	E.M.S	R\$ 11,80	onze reais e oitenta centavos	R\$ 2.360,00	dois mil, trezentos e sessenta reais
26	SACCHAROMYCES BOULARDI 100MG CX C/12	CX	50	DIVCOM	R\$ 30,00	trinta reais	R\$ 1.500,00	mil e quinhentos reais
27	SACCHAROMYCES BOULARDI 200MG PÔ ORAL 04 ENV C/ 1G	CX	50	DIVCOM	R\$ 22,00	vinte e dois reais	R\$ 1.100,00	mil e cem reais
28	SULFATO DE SALBUTAMOL 0,4MG/ML XPE CT FR VD AMB X 120 ML	Und	100	GEOLAB	R\$ 9,50	nove reais e cinquenta centavos	R\$ 950,00	novecientos e cinquenta reais
29	SULFADIAZINA DE PRATA 1% 10 MG/G CREM DERM PT PLAS X 400 G	PTE	50	NATIVITA	R\$ 31,99	trinta e um reais e noventa e nove centavos	R\$ 1.599,50	mil quinhentos e noventa e nove reais e cinquenta centavos
30	LEVOTIROXINA SÔDICA 125 MGC/30 COMP	CX	24	MERCK	R\$ 8,00	oito reais	R\$ 192,00	cento e noventa e dois reais
31	LOSARTANA POTÁSSICA 100 MG COM REV CT BL AL PLAS OPC X 30	CX	12	E.M.S	R\$ 18,90	dezoito reais e noventa centavos	R\$ 226,80	duzentos e vinte e seis reais e oitenta centavos
32	TROMETAMOL CETOROLACO 10 MG CX C/20	CX	12	E.M.S	R\$ 11,20	onze reais e vinte centavos	R\$ 134,40	cento e trinta e quatro reais e quarenta centavos
33	SULFATO DE GLICOSAMINA 1500 MG PÔ OR CT 30 ENV PAPEL PLAS AL PLAS X 4 G	CX	12	E.M.S	R\$ 61,80	sessenta e um reais e oitenta centavos	R\$ 741,60	setecentos e quarenta e um reais e sessenta centavos
34	BACLOFENO 10 MG CX C/20	CX	12	UNIÃO QUIMICA	R\$ 17,60	dezessete reais e sessenta centavos	R\$ 211,20	duzentos e onze reais e vinte centavos
35	VARFARINA SÔDICA 5 MG C/ 30 COMP	CX	12	UNIÃO QUIMICA	R\$ 19,00	dezenove reais	R\$ 228,00	duzentos e vinte e oito reais
36	FOSFATO DE SITAGLIPTINA 50 MG / 500MG COM REV CT BL AL AL X 28	CX	16	RANBAXY	R\$ 88,00	oitenta e oito reais	R\$ 1.408,00	mil quatrocentos e oito reais
37	CLORIDRATO DE NEBIVOLOL 5 MG COM 30 COMP	CX	12	E.M.S	R\$ 14,00	quatorze reais	R\$ 168,00	cento e sessenta e oito reais
38	OLMESARTANA MEDOXOMILA 20MG + HIDROCLOROTIAZIDA 12,5MG 20 MG + 12,5 MG COM REV CT BL AL/AL X 30	CX	12	E.M.S	R\$ 17,50	dezessete reais e cinquenta centavos	R\$ 210,00	duzentos e dez reais
39	MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA + BETAMETASONA 0,25 MG + 2 MG COM CT BL AL PLAS OPC X 20	CX	12	E.M.S	R\$ 8,75	oito reais e setenta e cinco centavos	R\$ 105,00	cento e cinco reais
40	CILOSTAZOL 100 MG C/ 30	CX	12	EUROFARMA	R\$ 17,20	dezessete reais e vinte centavos	R\$ 206,40	duzentos e seis reais e quarenta centavos
41	GLIMEPIRIDA 2 MG + CLORIDRATO DE METFORMINA 1000 MG X 30	CX	12	ACHE	R\$ 38,45	trinta e oito reais e quarenta e cinco centavos	R\$ 461,40	quatrocentos e sessenta e um reais e quarenta centavos
42	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA SÔDICA 6,67MG/ML + 333,4MG/ML SOLUÇÃO ORAL 20 ML	FR	500	NATULAB	R\$ 16,50	dezesseis reais e cinquenta centavos	R\$ 8.250,00	oito mil, duzentos e cinquenta reais
43	DUTASTERIDA 0,5 MG CAP GEL MOLE CT BL AL PLAS OPC X 30	CX	16	ACHE	R\$ 87,00	oitenta e sete reais	R\$ 1.392,00	mil trezentos e noventa e dois reais

TOTAL DO LOTE 11

R\$ 46.999,00

quarenta e seis mil, novecentos e noventa e nove reais

## LOTE 15 - ALIMENTAÇÃO ENTERAL

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UND	QTDE	MARCA	VR. UNIT	VR. UNIT EXTENSO	VALOR TOTAL	VALOR TOTAL EXTENSO
1	APTAMIL PEPTI 800G UN	UNID	60	DANONE	R\$ 142,00	cento e quarenta e dois reais	R\$ 8.520,00	oito mil, quinhentos e vinte reais
2	FÔRMULA INFANTIL NEOCATE UPGRADE 400G	UNID	12	DANONE	R\$ 240,00	duzentos e quarenta reais	R\$ 2.880,00	dois mil, oitocentos e oitenta reais
3	FORMULA PREGOMIN PEPTI 400G UN	UNID	18	DANONE	R\$ 130,00	cento e trinta reais	R\$ 2.340,00	dois mil, trezentos e quarenta reais
4	FORTINI PO SEM SABOR 400G UN	UNID	50	DANONE	R\$ 57,50	cinquenta e sete reais e cinquenta centavos	R\$ 2.875,00	dois mil, oitocentos e setenta e cinco reais
5	NUTRISON ENERGY 1000ML	UNID	150	DANONE	R\$ 37,90	trinta e sete reais e noventa centavos	R\$ 5.685,00	cinco mil, seiscentos e oitenta e cinco reais
6	NUTRI ENTERAL SOYA 1.2 1000ML	UNID	200	DANONE	R\$ 23,00	vinte e três reais	R\$ 4.600,00	quatro mil e seiscentos reais

TOTAL DO LOTE 15

R\$ 26.900,00

vinte e seis mil e novecentos reais

VALOR TOTAL DA PROPOSTA

R\$ 145.899,00

cento e quarenta e cinco mil, oitocentos e noventa e nove reais



VALIDADE DA PROPOSTA - 60 (SESSENTA) DIAS

IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

EMPRESA: VIA MEDICAMENTOS COMÉRCIO E CONSULTORIA EM SAÚDE LTDA-ME

CNPJ: 10.495.121/0001-05

ENDEREÇO: Rua 103, Lts 14-15-16, Conj. Gama - Icó - Ce. TELEFONE - 88 21480010 - E-mail - licitacao@viamedicamentos.com.br

INDICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PARA ASSINATURA DO CONTRATO

REPRESENTANTE LEGAL - CIRO ALENCAR DE ANDRADE

CPF - 837.019.403-63

TELEFONE - 85 996674500 - E-mail - administrativo@viamedicamentos.com.br

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO - BANCO DO BRASIL

AGENCIA - 0547-9

CONTA CORRENTE - 30.115-9

TITULAR - VIA MEDICAMENTOS COMERCIO E CONSULTORIA EM SAUDE

ICÓ, CEARÁ, 04 de FEVEREIRO de 2025

**CIRO ALENCAR DE  
ANDRADE:**  
**83701940363**

Assinado digitalmente por CIRO ALENCAR DE ANDRADE  
83701940363  
CPF: 83701940363 - CNPJ: 10495121000105 - Rua 103, Lts 14-15-16, Conj. Gama - Icó - Ceará - CEP: 63700000 - Telefone: 88 21480010 - E-mail: licitacao@viamedicamentos.com.br  
Data: 2025.02.04 17:22:30  
Tipo: ProtonMail - Versão: 3.7.1

CIRO ALENCAR DE ANDRADE

SÓCIO-DIRETOR

CPF N° 837.019.403-63



COMPOSIÇÃO DE CUSTO

Ao Município de Umari, Estado do Ceará.

LOTE 10 - MATERIAL DE LABORATÓRIO												
ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UND	QTDE	VR. UNIT	VALOR TOTAL	ENC. SOCIAIS	ENC. TRAB.	CUSTO MERC.	CUSTO VARIÁVEL	IMPOSTOS	MARGEM DE LUCRO	
1	ACIDO URICO LIQUIFORM	KIT	20	R\$ 69,00	R\$ 1.380,00	R\$ 0,28	R\$ 2,76	R\$ 66,20	R\$ 1,38	R\$ 1,57	R\$ 7,81	
2	ACIDO TRICLOACETICO 99% 500G	FR	12	R\$ 96,70	R\$ 1.160,40	R\$ 0,39	R\$ 3,87	R\$ 77,36	R\$ 1,93	R\$ 2,20	R\$ 10,65	
3	ALANINA (ALT/GPT) LIQUIFORM (4X30ML)	KIT	16	R\$ 120,00	R\$ 1.920,00	R\$ 0,48	R\$ 4,80	R\$ 96,00	R\$ 2,40	R\$ 2,74	R\$ 13,58	
4	ALBUMINA 250ML	KIT	10	R\$ 81,00	R\$ 810,00	R\$ 0,24	R\$ 2,44	R\$ 48,80	R\$ 1,22	R\$ 1,39	R\$ 6,91	
5	AMILASE CNPG LIQUIFORM	Und	4	R\$ 315,00	R\$ 1.260,00	R\$ 1,26	R\$ 12,60	R\$ 252,00	R\$ 6,30	R\$ 7,18	R\$ 36,66	
6	ASPARGATO (AST/GOT) LIQUIFORM (4X30ML)	KIT	16	R\$ 110,00	R\$ 1.760,00	R\$ 0,44	R\$ 4,40	R\$ 88,00	R\$ 2,20	R\$ 2,51	R\$ 12,45	
7	AZUL GRESIL BRILHANTE 100 ML	Und	8	R\$ 36,50	R\$ 292,00	R\$ 0,15	R\$ 1,48	R\$ 29,20	R\$ 0,73	R\$ 0,83	R\$ 4,13	
8	AZUL DE METILENO 1000 ML	Und	10	R\$ 47,80	R\$ 478,00	R\$ 0,19	R\$ 1,91	R\$ 38,24	R\$ 0,96	R\$ 1,09	R\$ 5,41	
9	BETALATEX (TESTE GRAVIDEZ URINA) 50TT	Und	10	R\$ 71,80	R\$ 718,00	R\$ 0,20	R\$ 2,07	R\$ 57,44	R\$ 1,44	R\$ 1,64	R\$ 8,13	
10	BETATEST PLUS SABONETE (SANGUE/URINA) 25 T	Und	10	R\$ 220,00	R\$ 2.200,00	R\$ 0,88	R\$ 8,80	R\$ 176,00	R\$ 4,40	R\$ 5,02	R\$ 24,90	
11	BILIRRUBINA	KIT	12	R\$ 60,00	R\$ 720,00	R\$ 0,24	R\$ 2,40	R\$ 48,00	R\$ 1,20	R\$ 1,37	R\$ 6,78	
12	COLESTEROL HDL 50ML (PRECIPITANTE)	KIT	14	R\$ 42,00	R\$ 588,00	R\$ 0,17	R\$ 1,66	R\$ 33,60	R\$ 0,84	R\$ 0,96	R\$ 4,75	
13	COLESTEROL LIQUIFORM (2X100ML)	KIT	24	R\$ 120,00	R\$ 2.880,00	R\$ 0,48	R\$ 4,80	R\$ 96,00	R\$ 2,40	R\$ 2,74	R\$ 13,58	
14	CORANTE PANÓTICO RÁPIDO 3X500ML	Und	16	R\$ 71,00	R\$ 1.136,00	R\$ 0,28	R\$ 2,84	R\$ 56,80	R\$ 1,42	R\$ 1,62	R\$ 8,04	
15	CREATININA K CINÉTICA	KIT	10	R\$ 65,00	R\$ 650,00	R\$ 0,26	R\$ 2,60	R\$ 52,00	R\$ 1,30	R\$ 1,48	R\$ 7,36	
16	DESCORANTE (ALCOOL ACÍDICO) 3% P/BAAR 1000 ML	Und	24	R\$ 35,00	R\$ 840,00	R\$ 0,14	R\$ 1,40	R\$ 28,00	R\$ 0,70	R\$ 0,80	R\$ 3,96	
17	FORMALDEÍDO PA	CX	6	R\$ 17,60	R\$ 105,60	R\$ 0,07	R\$ 0,70	R\$ 14,08	R\$ 0,35	R\$ 0,40	R\$ 1,99	
18	FOSFATASE ALCALINA LIQUIFORM	KIT	16	R\$ 115,00	R\$ 1.840,00	R\$ 0,46	R\$ 4,60	R\$ 92,00	R\$ 2,30	R\$ 2,62	R\$ 13,02	
19	FUCSINA BÁSICA PO	Und	12	R\$ 63,00	R\$ 756,00	R\$ 0,25	R\$ 2,52	R\$ 50,40	R\$ 1,26	R\$ 1,44	R\$ 7,13	
20	GAMA GT LIQUIFORM	KIT	12	R\$ 109,00	R\$ 1.290,00	R\$ 0,49	R\$ 4,90	R\$ 98,00	R\$ 2,45	R\$ 2,80	R\$ 13,82	
21	GIEMSA 1000ML	Und	12	R\$ 60,00	R\$ 720,00	R\$ 0,24	R\$ 2,40	R\$ 48,00	R\$ 1,20	R\$ 1,37	R\$ 6,78	
22	GLICOSE LIQUIFORM 500ML	KIT	24	R\$ 85,00	R\$ 2.040,00	R\$ 0,34	R\$ 3,40	R\$ 68,00	R\$ 1,70	R\$ 1,94	R\$ 9,62	
23	GLISTAB 20ML (FLUORETO) (EDTAKF)	Und	40	R\$ 15,00	R\$ 600,00	R\$ 0,06	R\$ 0,60	R\$ 12,00	R\$ 0,30	R\$ 0,34	R\$ 1,70	
24	HEMOGLOBINA 400T	KIT	12	R\$ 45,00	R\$ 540,00	R\$ 0,18	R\$ 1,80	R\$ 36,00	R\$ 0,90	R\$ 1,03	R\$ 5,09	
25	HEMSTAB 20 ml (EDTA)	KIT	40	R\$ 20,00	R\$ 800,00	R\$ 0,08	R\$ 0,80	R\$ 16,00	R\$ 0,40	R\$ 0,46	R\$ 2,26	
26	INSTANT PROV Nº 01 C/500ML	CX	16	R\$ 48,00	R\$ 768,00	R\$ 0,19	R\$ 1,92	R\$ 38,40	R\$ 0,96	R\$ 1,09	R\$ 5,43	
27	INSTANT PROV Nº 02 C/500ML	CX	16	R\$ 48,00	R\$ 768,00	R\$ 0,19	R\$ 1,92	R\$ 38,40	R\$ 0,96	R\$ 1,09	R\$ 5,43	
28	INSTANT PROV Nº 03 C/500ML	CX	16	R\$ 48,00	R\$ 768,00	R\$ 0,19	R\$ 1,92	R\$ 38,40	R\$ 0,96	R\$ 1,09	R\$ 5,43	
29	IODETO DE POTÁSSIO 500G	FR	8	R\$ 420,00	R\$ 3.360,00	R\$ 1,68	R\$ 16,80	R\$ 336,00	R\$ 8,40	R\$ 9,58	R\$ 47,94	
30	IODO RESSUBLINADO METÁLICO 500G	FR	8	R\$ 650,00	R\$ 5.200,00	R\$ 2,60	R\$ 26,00	R\$ 520,00	R\$ 13,00	R\$ 14,82	R\$ 73,56	
31	LDH LIQUIFORM	KIT	18	R\$ 95,00	R\$ 1.710,00	R\$ 0,38	R\$ 3,80	R\$ 76,00	R\$ 1,90	R\$ 2,17	R\$ 10,75	
32	MAYGRUNWALD 1000M	Und	12	R\$ 71,00	R\$ 852,00	R\$ 0,28	R\$ 2,84	R\$ 56,80	R\$ 1,42	R\$ 1,62	R\$ 8,04	
33	MUCOPROTEÍNAS 25 T	KIT	18	R\$ 85,00	R\$ 1.530,00	R\$ 0,34	R\$ 3,40	R\$ 68,00	R\$ 1,70	R\$ 1,94	R\$ 9,62	
34	NITRATO DE PRATA PA ACS 100G	FR	8	R\$ 126,00	R\$ 1.008,00	R\$ 0,50	R\$ 5,04	R\$ 100,80	R\$ 2,52	R\$ 2,87	R\$ 14,26	
35	ÓLEO DE IMERSÃO I.R.(40C)1.4975 100 ML	Und	10	R\$ 23,00	R\$ 230,00	R\$ 0,09	R\$ 0,92	R\$ 18,40	R\$ 0,46	R\$ 0,52	R\$ 2,60	
36	PADRÃO DE BILIRRUBINA 3ML	KIT	12	R\$ 34,00	R\$ 408,00	R\$ 0,14	R\$ 1,36	R\$ 27,20	R\$ 0,68	R\$ 0,78	R\$ 3,86	
37	PADRÃO DE HEMOGRAMA 1ML	KIT	12	R\$ 40,00	R\$ 480,00	R\$ 0,16	R\$ 1,60	R\$ 32,00	R\$ 0,80	R\$ 0,91	R\$ 4,53	
38	PAPEL FILTRO 42 F AZUL 9,0 CM C/100	PCT	10	R\$ 16,00	R\$ 160,00	R\$ 0,06	R\$ 0,64	R\$ 12,80	R\$ 0,32	R\$ 0,36	R\$ 1,81	
39	PAPEL FILTRO QUALITAT 9,0 CM C/ 100	PCT	40	R\$ 16,00	R\$ 640,00	R\$ 0,06	R\$ 0,64	R\$ 12,80	R\$ 0,32	R\$ 0,36	R\$ 1,81	
40	PROTEÍNAS TOTAL LIQUIFORM 250ML	KIT	12	R\$ 39,00	R\$ 468,00	R\$ 0,16	R\$ 1,58	R\$ 31,20	R\$ 0,78	R\$ 0,89	R\$ 4,41	
41	REUMALATEX (FATOR REUMATOÍDE)	KIT	12	R\$ 100,00	R\$ 1.200,00	R\$ 0,40	R\$ 4,00	R\$ 80,00	R\$ 2,00	R\$ 2,28	R\$ 11,32	
42	RPR BRAS ESTAB. P/ VDRL 5ML P/USO 225T	Und	12	R\$ 50,00	R\$ 600,00	R\$ 0,20	R\$ 2,00	R\$ 40,00	R\$ 1,00	R\$ 1,14	R\$ 5,66	
43	SAFRANINA GRAM SOLUÇÃO 1000 ML	Und	18	R\$ 52,00	R\$ 936,00	R\$ 0,21	R\$ 2,08	R\$ 41,60	R\$ 1,04	R\$ 1,19	R\$ 5,88	
44	SEROLATEX AEO (ASO) 80T	KIT	14	R\$ 140,00	R\$ 1.960,00	R\$ 0,56	R\$ 5,60	R\$ 112,00	R\$ 2,80	R\$ 3,19	R\$ 15,86	
45	SEROLATEX PCR (SO LATEX)	KIT	14	R\$ 145,00	R\$ 2.030,00	R\$ 0,58	R\$ 5,80	R\$ 116,00	R\$ 2,90	R\$ 3,31	R\$ 16,41	
46	SORO ANTI-IgG COOMBS 10 ML	Und	10	R\$ 45,00	R\$ 450,00	R\$ 0,18	R\$ 1,80	R\$ 36,00	R\$ 0,90	R\$ 1,03	R\$ 5,09	
47	SORO ANTI-A 10 ML P/ CLASSIFICAÇÃO SANGÜINEA	Und	40	R\$ 40,00	R\$ 1.600,00	R\$ 0,16	R\$ 1,60	R\$ 32,00	R\$ 0,80	R\$ 0,91	R\$ 4,53	
48	SORO ANTI-B 10 ML P/ CLASSIFICAÇÃO SANGÜINEA	Und	40	R\$ 40,00	R\$ 1.600,00	R\$ 0,16	R\$ 1,60	R\$ 32,00	R\$ 0,80	R\$ 0,91	R\$ 4,53	
49	SORO ANTI-AB 10 ML P/ CLASSIFICAÇÃO SANGÜINEA	Und	40	R\$ 40,00	R\$ 1.600,00	R\$ 0,16	R\$ 1,60	R\$ 32,00	R\$ 0,80	R\$ 0,91	R\$ 4,53	
50	SORO ANTI-D (RHO-D) 10ML P/ CLASSIFICAÇÃO SANGÜINEA	Und	40	R\$ 41,00	R\$ 1.640,00	R\$ 0,16	R\$ 1,64	R\$ 32,80	R\$ 0,82	R\$ 0,93	R\$ 4,64	
51	TRIGLICERÍDES LIQUIFORM (2X100ML)	KIT	24	R\$ 260,00	R\$ 6.240,00	R\$ 1,04	R\$ 10,40	R\$ 208,00	R\$ 5,20	R\$ 5,93	R\$ 29,43	
52	UREIA CE	KIT	16	R\$ 200,00	R\$ 3.200,00	R\$ 0,80	R\$ 8,00	R\$ 160,00	R\$ 4,00	R\$ 4,58	R\$ 22,64	
53	URIQUEST C/ 150 (TIRAS P/ UROANÁLISE)	Und	20	R\$ 85,00	R\$ 1.700,00	R\$ 0,34	R\$ 3,40	R\$ 68,00	R\$ 1,70	R\$ 1,94	R\$ 9,62	
54	VIOLETA GENCIANA 1000 ML S1	Und	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00	R\$ 0,16	R\$ 1,60	R\$ 32,00	R\$ 0,80	R\$ 0,91	R\$ 4,53	
55	XILENO PA 1000 ML (XILOL)	Und	15	R\$ 60,00	R\$ 900,00	R\$ 0,24	R\$ 2,40	R\$ 48,00	R\$ 1,20	R\$ 1,37	R\$ 6,79	
TOTAL DO LOTE 10					R\$ 72.000,00							

LOTE 11 - MEDICAMENTOS												
ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UND	QTDE	VR. UNIT	VALOR TOTAL	ENC. SOCIAIS	ENC. TRAB.	CUSTO MERC.	CUSTO VARIÁVEL	IMPOSTOS	MARGEM DE LUCRO	
1	ACEBROFILINA 5 MG / ML XPE CT FR PLAS PET AMB X 120 ML + CP MED X 10 ML - INFANTIL	Und	100	R\$ 9,40	R\$ 940,00	R\$ 0,04	R\$ 0,38	R\$ 7,52	R\$ 0,19	R\$ 0,21	R\$ 1,06	
2	ACEBROFILINA 10 MG / ML XPE CT FR PLAS PET AMB X 120 ML + CP MED X 10 ML - ADULTO	Und	100	R\$ 11,50	R\$ 1.150,00	R\$ 0,05	R\$ 0,46	R\$ 9,20	R\$ 0,23	R\$ 0,26	R\$ 1,30	
3	NIFEDIPINO 20 MG COM REV CT BL AL/PLAST AMB OPC X 20 CAPS	CX	75	R\$ 15,50	R\$ 1.162,50	R\$ 0,06	R\$ 0,62	R\$ 12,40	R\$ 0,31	R\$ 0,35	R\$ 1,75	
4	NIFEDIPINO 30 MG COM CT BL AL/AL X 30 CAPS	CX	20	R\$ 30,10	R\$ 602,00	R\$ 0,12	R\$ 1,20	R\$ 24,08	R\$ 0,60	R\$ 0,69	R\$ 3,41	
5	NIFEDIPINO 40 MG CAP 2 BL AL PLAST X 10 CAPS	CX	20	R\$ 35,00	R\$ 700,00	R\$ 0,14	R\$ 1,40	R\$ 28,00	R\$ 0,70	R\$ 0,80	R\$ 3,96	
6	NIFEDIPINO 60 MG COM CT BL AL/AL X 30 CAPS	CX	20	R\$ 53,00	R\$ 1.060,00	R\$ 0,21	R\$ 2,12	R\$ 42,40	R\$ 1,08	R\$ 1,21	R\$ 6,00	
7	ACICLOVIR 50MG CREM DERM CT BG AL X 10 G	Und	50	R\$ 6,15	R\$ 307,50	R\$ 0,02	R\$ 0,25	R\$ 4,92	R\$ 0,12	R\$ 0,14	R\$ 0,70	
8	ACICLOVIR 200 MG CX C/25 COMP	CX	50	R\$ 14,00	R\$ 700,00	R\$ 0,06	R\$ 0,56	R\$ 11,20	R\$ 0,28	R\$ 0,32	R\$ 1,58	
9	AMOXICILINA 50 MG/ML PO PREP EXTEMP SUS OR CT FR VD AMB X 150 ML	FR	100	R\$ 13,00	R\$ 1.300,00	R\$ 0,05	R\$ 0,52	R\$ 10,40	R\$ 0,26	R\$ 0,30	R\$ 1,47	
10	AMOXICILINA 500 MG CAP GEL DURA CT BL AL PLAS INC X 21	CX	40	R\$ 9,20	R\$ 368,00	R\$ 0,04	R\$ 0,37	R\$ 7,36	R\$ 0,18	R\$ 0,21	R\$ 1,04	



11	CETOCONAZOL + DIPROPIONATO DE BETAMETAZONA CREME DERMATOLOGICO 20MG/G+0,5MG/G 30G	Und	50	R\$ 9,85	R\$ 492,50	R\$ 0,04	R\$ 0,39	R\$ 7,88	R\$ 0,20	R\$ 0,20	R\$ 1,12
12	CETOCONAZOL + DIPROPIONATO DE BETAMETAZONA POMADA DERMATOLOGICO 20MG/G+0,64MG/G 30G	Und	50	R\$ 11,70	R\$ 585,00	R\$ 0,05	R\$ 0,47	R\$ 9,36	R\$ 0,23	R\$ 0,27	R\$ 1,32
13	CLORIDRATO DE AMBROXOL 15MG 120ML SOL ORAL	FR	150	R\$ 23,00	R\$ 3.450,00	R\$ 0,09	R\$ 0,92	R\$ 18,40	R\$ 0,46	R\$ 0,52	R\$ 2,60
14	CLORIDRATO DE AMBROXOL 30MG 120ML SOL ORAL	FR	150	R\$ 19,00	R\$ 2.850,00	R\$ 0,08	R\$ 0,76	R\$ 15,20	R\$ 0,38	R\$ 0,43	R\$ 2,15
15	CLORIDRATO DE TANSULOSINA 0,4MG CX C/ 30	CX	36	R\$ 25,90	R\$ 932,40	R\$ 0,10	R\$ 1,04	R\$ 20,72	R\$ 0,52	R\$ 0,59	R\$ 2,93
16	CLORIDRATO DE LIDOCAINA 2% GEL 30G	Und	70	R\$ 4,00	R\$ 280,00	R\$ 0,02	R\$ 0,16	R\$ 3,20	R\$ 0,08	R\$ 0,08	R\$ 0,42
17	DICLOFENACO POTÁSSICO 15 MG/ML SUSP ORAL GOTAS	FR	500	R\$ 3,10	R\$ 1.550,00	R\$ 0,01	R\$ 0,12	R\$ 2,48	R\$ 0,06	R\$ 0,07	R\$ 0,36
18	SIME TICONA 75 MG/ML EMU OR CT FR PLAS OPC GOT X 15 ML	FR	300	R\$ 3,19	R\$ 957,00	R\$ 0,01	R\$ 0,13	R\$ 2,55	R\$ 0,06	R\$ 0,07	R\$ 0,36
19	HIDROXIDO DE ALUMÍNIO 37 MG/ML + 40 MG/ML + 5 MG/ML SUS OR CT FR PLAS OPC X 240 ML	FR	200	R\$ 7,40	R\$ 1.480,00	R\$ 0,03	R\$ 0,30	R\$ 5,92	R\$ 0,15	R\$ 0,17	R\$ 0,84
20	IBUPROFENO 100MG/ML 20 ML GOTAS	FR	250	R\$ 6,70	R\$ 1.675,00	R\$ 0,03	R\$ 0,27	R\$ 5,36	R\$ 0,13	R\$ 0,15	R\$ 0,75
21	MEPROCLORAMIDA 4 MG/ML SOL OR CT FR VD AMB CGT X 10 ML	Und	250	R\$ 3,70	R\$ 925,00	R\$ 0,01	R\$ 0,15	R\$ 2,96	R\$ 0,07	R\$ 0,08	R\$ 0,42
22	SULFATO DE NEOMICINA 5,0 MG/G POM DERM CT TB AL X 20 G	Und	250	R\$ 3,80	R\$ 975,00	R\$ 0,02	R\$ 0,18	R\$ 3,12	R\$ 0,08	R\$ 0,09	R\$ 0,44
23	NITROFURAL 2MG - 30G - POMADA	Und	24	R\$ 4,70	R\$ 112,80	R\$ 0,02	R\$ 0,19	R\$ 3,76	R\$ 0,09	R\$ 0,11	R\$ 0,53
24	OMEPRAZOL 20 MG CAP GEL DURA MICROG CT BL AL PLAS X 28	Und	250	R\$ 4,00	R\$ 1.000,00	R\$ 0,02	R\$ 0,16	R\$ 3,20	R\$ 0,08	R\$ 0,09	R\$ 0,45
25	OMEPRAZOL 40 MG CAP GEL DURA MICROG CT BL AL PLAS INC X 30	CX	200	R\$ 11,80	R\$ 2.360,00	R\$ 0,05	R\$ 0,47	R\$ 9,44	R\$ 0,24	R\$ 0,27	R\$ 1,34
26	SACCHAROMYCES BOULARDI 100MG CX C/12	CX	50	R\$ 30,00	R\$ 1.500,00	R\$ 0,12	R\$ 1,20	R\$ 24,00	R\$ 0,60	R\$ 0,68	R\$ 3,42
27	SACCHAROMYCES BOULARDI 200MG PÓ ORAL 04 ENV C/ 1G	CX	50	R\$ 22,00	R\$ 1.100,00	R\$ 0,09	R\$ 0,88	R\$ 17,60	R\$ 0,44	R\$ 0,50	R\$ 2,49
28	SULFATO DE SALBUTAMOL 0,4MG/ML XPE CT FR VD AMB X 120 ML	Und	100	R\$ 9,50	R\$ 950,00	R\$ 0,04	R\$ 0,38	R\$ 7,60	R\$ 0,19	R\$ 0,22	R\$ 1,08
29	SULFADIAZINA DE PRATA 1% 10 MG/G CREM DERM PT PLAS X 400 G	PTE	50	R\$ 31,90	R\$ 1.595,00	R\$ 0,13	R\$ 1,26	R\$ 25,58	R\$ 0,64	R\$ 0,73	R\$ 3,62
30	LEVOTIROXINA SÓDICA 125 MCG/30 COMP	CX	24	R\$ 8,00	R\$ 192,00	R\$ 0,03	R\$ 0,32	R\$ 6,40	R\$ 0,16	R\$ 0,18	R\$ 0,91
31	LOSARTANA POTÁSSICA 100 MG COM REV CT BL AL PLAS OPC X 30	CX	12	R\$ 18,90	R\$ 226,80	R\$ 0,08	R\$ 0,78	R\$ 15,12	R\$ 0,38	R\$ 0,43	R\$ 2,14
32	TROMETAMOL CETOROLACO 10 MG CX C/20	CX	12	R\$ 11,20	R\$ 134,40	R\$ 0,04	R\$ 0,45	R\$ 8,96	R\$ 0,22	R\$ 0,26	R\$ 1,27
33	SULFATO DE GLICOSAMINA 1500 MG PÓ OR CT 30 ENV PAPEL PLAS AL PLAS X 4 G	CX	12	R\$ 61,80	R\$ 741,60	R\$ 0,25	R\$ 2,47	R\$ 49,44	R\$ 1,24	R\$ 1,41	R\$ 7,00
34	BACLOFENO 10 MG CX C/20	CX	12	R\$ 17,80	R\$ 213,60	R\$ 0,07	R\$ 0,70	R\$ 14,08	R\$ 0,35	R\$ 0,40	R\$ 1,99
35	VARFARINA SÓDICA 5 MG C/ 30 COMP	CX	12	R\$ 19,00	R\$ 228,00	R\$ 0,08	R\$ 0,76	R\$ 15,20	R\$ 0,38	R\$ 0,43	R\$ 2,15
36	FOSFATO DE SITAGLIPTINA 50 MG / 500MG COM REV CT BL AL AL X 28	CX	16	R\$ 88,00	R\$ 1.408,00	R\$ 0,35	R\$ 3,52	R\$ 70,40	R\$ 1,76	R\$ 2,01	R\$ 9,86
37	CLORIDRATO DE NEBIVOLOL 5 MG COM 30 COMP	CX	12	R\$ 14,00	R\$ 168,00	R\$ 0,06	R\$ 0,56	R\$ 11,20	R\$ 0,28	R\$ 0,32	R\$ 1,56
38	OLMESARTANA MEDOXOMILA 20MG + HIDROCLOROTIAZIDA 12,5MG 20 MG + 12,5 MG COM REV CT BL AL AL X 30	CX	12	R\$ 17,50	R\$ 210,00	R\$ 0,07	R\$ 0,70	R\$ 14,00	R\$ 0,35	R\$ 0,40	R\$ 1,99
39	MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA + BETAMETASONA 0,25 MG + 2 MG COM CT BL AL PLAS OPC X 20	CX	12	R\$ 8,75	R\$ 105,00	R\$ 0,04	R\$ 0,35	R\$ 7,00	R\$ 0,18	R\$ 0,20	R\$ 0,99
40	CILOSTAZOL 100 MG C/ 30	CX	12	R\$ 17,20	R\$ 206,40	R\$ 0,07	R\$ 0,69	R\$ 13,76	R\$ 0,34	R\$ 0,39	R\$ 1,95
41	GLIMEPIRIDA 2 MG + CLORIDRATO DE METFORMINA 1000 MG X 30	CX	12	R\$ 38,45	R\$ 461,40	R\$ 0,15	R\$ 1,54	R\$ 30,76	R\$ 0,77	R\$ 0,88	R\$ 4,35
42	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA SÓDICA 6,67MG/ML + 333,4MG/ML SOLUÇÃO ORAL 20 ML	FR	500	R\$ 16,50	R\$ 8.250,00	R\$ 0,07	R\$ 0,66	R\$ 13,20	R\$ 0,33	R\$ 0,38	R\$ 1,87
43	DUTASTERIDA 0,5 MG CAP GEL MOLE CT BL AL PLAS OPC X 30	CX	16	R\$ 87,00	R\$ 1.392,00	R\$ 0,35	R\$ 3,48	R\$ 69,60	R\$ 1,74	R\$ 1,98	R\$ 9,85
<b>TOTAL DO LOTE 11</b>				<b>R\$</b>	<b>46.999,00</b>						

ICÓ, CEARÁ, 04 de FEVEREIRO de 2025

CIRO ALENCAR DE ANDRADE:  
 83701940363

CIRO ALENCAR DE ANDRADE  
 SÓCIO-DIRETOR  
 CPF N° 837.019.403-63

# APÓLICE DIGITAL



A sua apólice pode ser consultada através da leitura do QR Code. Entretanto, **a simples leitura não dispensa a consulta das Condições Contratuais do produto na página da internet da Superintendência de Seguros Privados (<https://www.gov.br/susep/pt-br>)** ou da Junto Seguros ([juntoseguros.com](http://juntoseguros.com)).

## FRONTISPÍCIO DE APÓLICE SEGURO GARANTIA

### DADOS DA SEGURADORA: JUNTO SEGUROS S.A

CNPJ: 84.948.157/0001-33, registro SUSEP 05436, com sede na Rua Visconde de Nácar, 1440 - Centro - CEP 80410-201 - Curitiba - PR

Data de Emissão: **04/02/2025 17:29:13**

Nº Apólice Seguro Garantia: **06-0775-0256648**

Proposta: **5055930**

Controle Interno (Código Controle): **103113117**

Nº de Registro SUSEP: **054362025000607750256648**

### DADOS DO SEGURADO: MUNICIPIO DE UMARI

CPF/CNPJ: 07.520.372/0001-98 RUA 3 DE AGOSTO 200, CENTRO - CEP: 63.310-000 - UMARI - CE

### DADOS DO TOMADOR: VIA MEDICAMENTOS COMERCIO E CONSULTORIA EM SAUDE LTDA

CPF/CNPJ: 10.495.121/0001-05 R 103 LT 14-15-16 S/N, CJ GAMA - CEP: 63.430-000 - ICO - CE

### DADOS DA CORRETORA:

000002.0.200187-5 **MUTUUS CORRETORA DE SEGUROS LTDA**

Documento eletrônico digitalmente assinado por:

ICP  
Brasil  
Assinado digitalmente por:  
  
Roque Jr. de H. Melo

ICP  
Brasil  
Assinado digitalmente por:  
  
Eduardo de O. Nobrega

Documento eletrônico assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001 de 24/08/2001, que instituiu a Infra-estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP - Brasil por: Signatários(as): Eduardo de Oliveira Nobrega Nº de Série do Certificado: 47312402203ECBD2 Roque de Holanda Melo Nº de Série do Certificado: 009F1E58A664DE5F543AD0

Veracidade, integridade e validade jurídica em forma eletrônica garantida através de Chaves Públicas Brasileira-ICP-Brasil. As condições contratuais / regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade / entidade junto à Susep, poderão ser consultadas no site <https://www.gov.br/susep/pt-br> de acordo com o número de processo constante da apólice / proposta. A certidão de regularidade da sociedade seguradora perante a SUSEP pode ser consultada no site <https://www.gov.br/susep/pt-br>. Este produto está protocolado através do N.º de Processo SUSEP 15414.636371/2022-53 e nº 15414.636374/2022-97. Atendimento SUSEP: 0800.021.8484. Central de Atendimento: 0800.704.0301, deficiente auditivo 0800.742.6060. Ouvidoria: 0800.643.0301, <http://www.consumidor.gov.br>.

N° Apólice Seguro Garantia: **06-0775-0256648**  
Proposta: **5055930**  
Controle Interno (Código Controle): **103113117**  
N° de Registro SUSEP: **054362025000607750256648**



FRONTISPÍCIO DE APÓLICE SEGURO GARANTIA

**Garantia Contratada**

Modalidade	Limite Máximo de Garantia (LMG)	Ramo
Licitante	R\$ 1.458,99	0775 - GARANTIA SEGURADO - SETOR PÚBLICO

**Descrição da Garantia:** Coberturas, valores e prazos previstos na Apólice:

Modalidade e Cobertura Adicional	Limite Máximo de Indenização (LMI)	Vigência	
		Início	Término
Licitante	R\$ 1.458,99	04/02/2025	07/04/2025
Multas e Penalidades	R\$ 1.458,99	04/02/2025	07/04/2025

**Demonstrativo de Prêmio:**

Prêmio Líquido Licitante	R\$ 190,00
Adicional de Fracionamento	R\$ 0,00
I.O.F	R\$ 0,00
<b>Prêmio Total</b>	<b>R\$ 190,00</b>

**Condições de Pagamento:**

**Parcela**  
1

**Vencimento**  
11/02/2025

**N° Carnê**  
23997192

**Valor(R\$)**  
R\$ 190,00

Em atendimento à Lei 12.741/12 informamos que incidem as alíquotas de 0,65% do PIS/Pasep e de 4% de COFINS sobre os prêmios de seguros, deduzidos do estabelecido em legislação específica. O(s) valor(es) acima deson(t)á, é(s)á) devido(s) no cenário desta contratação de cobertura(s). Pode(m) sofrer alteração(ões) quando contratada(s) isoladamente ou em outra composição.

N° Apólice Seguro Garantia: **06-0775-0256648**  
Proposta: **5055930**  
Controle Interno (Código Controle): **103113117**  
N° de Registro SUSEP: **054362025000607750256648**



FRONTISPÍCIO DE APÓLICE SEGURO GARANTIA

**Objeto da Garantia**

Esta Apólice de riscos declarados garante Indenização, até o valor do Limite Máximo de Garantia, pelos Prejuízos decorrentes da recusa do Tomador adjudicatário em assinar o contrato administrativo licitado, conforme termos e condições descritos no Edital 2025.01.17.1.

O presente documento é emitido em consonância com a Circular SUSEP 662, de 11 de abril de 2022.

**ESTA APÓLICE NÃO PODERÁ SER UTILIZADA COMO COMPLEMENTO OU ENDOSSO DE APÓLICE ANTERIORMENTE FORNECIDA POR ESTA SEGURADORA REFERENTE AO MESMO EDITAL E/OU CONTRATO OBJETO DESTES SEGUROS.**

Nº Apólice Seguro Garantia: 06-0775-0256648  
Proposta: 5055930  
Controle Interno (Código Controle): 103113117  
Nº de Registro SUSEP: 054362025000607750256648



## CONDIÇÕES CONTRATUAIS

### LICITANTE

PROCESSO SUSEP n.º 15414.636371/2022-53.

#### 1. OBJETIVO DO SEGURO – RISCOS COBERTOS

1.1. Este contrato de seguro garante Indenização, até o valor do Limite Máximo de Garantia, pelos Prejuízos decorrentes da recusa do Tomador adjudicatário em assinar o contrato administrativo licitado, ou demais inadimplementos elencados nos termos e condições descritos no Edital os quais levem à execução da garantia de oferta.

#### 2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Não estão incluídos na cobertura quaisquer prejuízos ocasionados direta ou indiretamente e ocorridos em consequência de:

- a) obrigações trabalhistas e previdenciárias;
- b) riscos cobertos por outros ramos ou modalidades de seguro, tais como, mas não se limitando a seguro de responsabilidade civil, lucros cessantes e eventos e riscos de natureza ambiental;
- c) eventos de caso fortuito ou força maior, nos termos do Código Civil;
- d) inadimplência de obrigações garantidas, decorrentes de atos ou fatos de responsabilidade do Segurado, que tenham contribuído de forma determinante para ocorrência do Sinistro;
- e) inadimplência de obrigações do Edital que não sejam de responsabilidade do Tomador;
- f) penalidades decorrentes do atraso do Tomador na apresentação desta Apólice e seus Endossos, ou da inadequação da Apólice para garantia do Edital;
- g) atos de terrorismo conforme definido por legislação ou regulamentação aplicável;
- h) atos de hostilidade, guerra, rebelião, insurreição, revolução, confisco, destruição ou requisição decorrentes de qualquer ato de autoridade de fato ou de direito, civil ou militar e, em geral, todo ou qualquer ato ou consequência dessas ocorrências, bem como atos praticados por qualquer pessoa agindo ou em ligação com qualquer organização cujas atividades visem a derrubar pela força o governo ou instigar a sua queda, pela perturbação da ordem política e social do país por meio de atos de terrorismo, guerra, revolução, subversão e guerrilhas;
- i) quaisquer perdas, destruição ou danos, de quaisquer bens materiais, prejuízos e despesas emergentes ou consequentes de qualquer forma de radiação, contaminação, resíduo ou fissão, inclusive, mas não se limitando, às nucleares e ionizantes;
- j) obrigações que não estejam expressamente garantidas e previstas no Objeto da presente Apólice;
- k) quaisquer Prejuízos, perdas e/ou demais penalidades decorrentes da violação de normas anticorrupção perpetradas com participação dolosa do Segurado e/ou seus representantes;
- l) quaisquer prejuízos decorrentes da alteração da obrigação garantida por esta Apólice que tenha sido acordada entre Segurado e Tomador, sem anuência prévia da Seguradora por meio da emissão de Endosso;
- m) quaisquer das hipóteses previstas no art. 99 e/ou art. 102 da Lei 14.133/2021.

#### 3. PRÊMIO

3.1. O Tomador é responsável pelo pagamento do Prêmio correspondente a Apólice, assim como de todos seus Endossos.

APÓLICE DIGITAL

Nº Apólice Seguro Garantia: 06-0775-0256648  
Proposta: 5055930  
Controle Interno (Código Controle): 103113117  
Nº de Registro SUSEP: 054362025000607750256648



3.2. Esta Apólice continuará em vigor mesmo quando o Tomador não pagar o Prêmio nas datas convenionadas.

3.3. A presente modalidade de Seguro garantia não contempla a hipótese de devolução de Prêmio em caso de cancelamento.

#### 4. ALTERAÇÕES, RENOVAÇÕES E ATUALIZAÇÕES

4.1. A Apólice acompanhará as modificações já previstas no Edital subscrito, mediante emissão de Endosso ou nova Apólice.

4.2. Para alterações posteriores efetuadas no Edital, em virtude das quais se faça necessária a modificação da Apólice, esta poderá acompanhar tais modificações, desde que solicitado e haja o respectivo aceite pela Seguradora, por meio da emissão de Endosso ou nova Apólice.

4.3. **As alterações, renovações e atualizações não se presumem e serão precedidas de pedido do Segurado, acompanhado dos documentos que as demonstrem, inclusive para a atualização monetária do LMG pelo índice constante do Edital.**

4.4. Ao aceitar a presente Apólice, Segurado e Tomador reconhecem o seu dever em comunicar à Seguradora, em prazo razoável, nunca superior a 10 (dez) dias úteis após o fato, de alterações ocorridas ao Edital ou da obrigação constante do Objeto da Garantia que influenciem o risco subscrito pela Seguradora, sendo, ou não, tais alterações formalizadas contratualmente.

4.5. A não observância pelo Segurado das obrigações constantes no item 4.4. importam em Perda de Direitos, conforme item 7, abaixo, desde que (i) disso resulte agravamento do risco coberto; e (ii) isso tenha relação com o Sinistro ou esteja comprovado, pela Seguradora, que o Segurado silenciou de má-fé.

#### 5. RECLAMAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DE SINISTRO

5.1. **Reclamação de Sinistro:** não sanado o inadimplemento e não assinado o contrato administrativo licitado, a Reclamação de Sinistro poderá ser realizada pelo Segurado, mediante envio de comunicação à Seguradora, ao “canal de sinistro” constante do sítio eletrônico da Seguradora, informando-a acerca da conclusão do processo administrativo para apuração de Prejuízos.

5.2. **Caracterização do Sinistro:** o Sinistro restará caracterizado quando da exigibilidade dos Prejuízos causados ao Segurado, por culpa ou dolo do Tomador, desde que acompanhado dos documentos listados abaixo.

5.3. Para a Reclamação de Sinistro será necessária a apresentação dos seguintes documentos:

- a) cópia do Edital de licitação e seus anexos;
- b) cópia integral do processo licitatório correspondente ao Edital;
- c) cópia da notificação do Tomador para assinatura do contrato administrativo licitado;
- d) cópia do processo administrativo que documentou a inadimplência do Tomador e culminou na aplicação de multas e/ou apuração de Prejuízos ao Segurado;
- e) planilha, relatório e/ou correspondências informando os Prejuízos sofridos;
- f) planilha, relatório e/ou correspondências informando da existência de valores retidos;
- g) cópia de atas, notificações, contranotificações, documentos, correspondências, inclusive e-mails, trocados entre Segurado e Tomador, relacionados à inadimplência do Tomador;
- h) cópia do novo contrato firmado pelo Segurado com o Licitante Substituto, quando aplicável.

5.4. **Regulação do Sinistro:** a Seguradora deverá apresentar Relatório Final de Regulação do Sinistro em até 30 (trinta) dias corridos, contados do recebimento da Reclamação de Sinistro devidamente acompanhada dos documentos acima listados.

APÓLICE DIGITAL

Nº Apólice Seguro Garantia: 06-0775-0256648  
Proposta: 5055930  
Controle Interno (Código Controle): 103113117  
Nº de Registro SUSEP: 054362025000607750256648



5.4.1. A Seguradora poderá solicitar, ao Segurado, outros documentos e/ou informações complementares para a análise de cobertura da Reclamação de Sinistro apresentada, hipótese na qual o prazo previsto no item 5.4. será suspenso, voltando a correr sua contagem a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências da Seguradora.

5.4.2. Em caso de decisão judicial, ou arbitral, que impeça ou de alguma forma influencie na possibilidade de execução da garantia pelo Segurado, ou suspenda os efeitos da Reclamação de Sinistro comunicada à Seguradora, o prazo de 30 (trinta) dias constante do item 5.4. interrompido, reiniciando a partir do primeiro dia útil subsequente à revogação dos efeitos da decisão, mesmo que tenham sido interpostos recursos, se estes não possuírem efeito suspensivo.

## 6. INDENIZAÇÃO E SUB-ROGAÇÃO

6.1. Caracterizado o Sinistro, a Seguradora indenizará o Segurado, ou o Beneficiário mediante pagamento em dinheiro dos Prejuízos ocasionados em razão da inadimplência do Tomador.

6.1.1. O cálculo da Indenização corresponderá ao valor das multas aplicadas ao Tomador, conforme disposto no Edital.

6.1.2. Em complemento ao cálculo descrito no item 6.1.1 acima, na ocorrência de Sinistro, os eventuais saldos de créditos do Tomador apurados junto ao Segurado, serão utilizados para amortização do valor da indenização, sem prejuízo de seu pagamento no prazo devido.

6.2. **Caso o pagamento da Indenização aconteça antes da apuração dos saldos de créditos do Tomador, o Segurado devolverá à Seguradora os valores por ela pagos em excesso.**

6.3. O pagamento da Indenização deverá ocorrer dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, devendo o Segurado colaborar com a assinatura do termo de quitação ou do termo de retomada, conforme o caso.

6.3.1. O não pagamento da Indenização no prazo previsto sujeitará a Seguradora ao pagamento de juros de mora e correção monetária, a partir daquela data, nos termos do Edital e sua legislação específica.

6.4. Paga a Indenização, a Seguradora se sub-rogará nos direitos e poderes do Segurado contra o Tomador e/ou terceiros cujos atos ou fatos tenham dado causa ao Sinistro.

6.4.1. É ineficaz qualquer ato do Segurado que diminua ou extinga, em prejuízo da Seguradora, os direitos de sub-rogação.

## 7. PERDA DE DIREITOS

7.1. O Segurado perderá o direito à Indenização na ocorrência de uma ou mais das seguintes hipóteses:

I. Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo comprovadamente praticados pelo Segurado, ou ainda pelo seu representante legal;

II. Se o Segurado agravar intencionalmente o risco coberto pela Apólice;

III. Descumprimento de obrigações do Tomador decorrentes de atos ou fatos de responsabilidade do Segurado que tenham contribuído de forma determinante para a ocorrência do Sinistro;

IV. Se o Segurado não cumprir integralmente quaisquer obrigações previstas nas presentes Condições Contratuais desta Apólice;

V. Se o Segurado ou seu representante fizer declarações inexatas ou omitir de má-fé circunstâncias de seu conhecimento que configurem agravamento de risco de inadimplência do Tomador ou que possam influenciar na aceitação da proposta;

VI. Se for realizada alteração no Contrato Principal sem anuência prévia da Seguradora, desde que: (i) disso resulte agravamento do risco coberto; e (ii) tal situação tenha relação com o Sinistro ou reste comprovado que o Segurado silenciou de má-fé;

Nº Apólice Seguro Garantia: 06-0775-0256648  
Proposta: 5055930  
Controle Interno (Código Controle): 103113117  
Nº de Registro SUSEP: 054362025000607750256648



**VII. Ausência ou intempestividade da comunicação da Expectativa de Sinistro na forma do item 5.1 destas Condições Contratuais, caso configure agravamento do risco e impeça a Seguradora de adotar as medidas de mitigação de risco;**

**VIII. Se o Segurado deixar de tomar as providências para evitar ou minorar as consequências do Sinistro.**

**7.2 O Segurado está ciente das hipóteses de perda de direito quanto a descumprimentos de suas obrigações, ônus, encargos, desembolsos e despesas de sua responsabilidade, assumidos e acordados no âmbito do Contrato Principal e/ou desta Apólice.**

**7.3. Ao aceitar a presente Apólice / Endosso o Segurado declara à Seguradora que até a data de emissão da presente Apólice / Endossos não há nenhuma circunstância, evento ou inadimplemento do Tomador referente a(s) obrigação(ões) constante do Objeto da Garantia, que tenha gerado ou venha a gerar uma Expectativa de Sinistro, um aviso de Sinistro ou que caracterize a ocorrência de um Sinistro.**

## **8. EXTINÇÃO DA COBERTURA**

**8.1. A responsabilidade da Seguradora extinguir-se-á, de pleno direito, quando ocorrer uma das seguintes situações abaixo:**

- a) o contrato administrativo decorrente do Edital garantido pela Apólice for definitivamente assinado entre Segurado e Tomador;**
- b) quando a Seguradora e o Segurado assim o acordarem;**
- c) quando o pagamento da Indenização ao Segurado atingir o LMG da Apólice;**
- d) quando o Objeto da Garantia for extinto; ou**
- e) término da vigência prevista na Apólice ou Endosso.**

**8.2. A responsabilidade da Seguradora está limitada aos Prejuízos decorrentes dos eventos de inadimplemento ocorridos durante a Vigência da Apólice, observado o prazo prescricional de 1 (um) ano aplicável ao contrato de seguro para sua caracterização e comunicação à Seguradora.**

## **9. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES E GARANTIAS**

**9.1. É vedada a utilização de mais de um Seguro garantia na mesma modalidade para cobrir o mesmo objeto, salvo no caso de apólices complementares.**

**9.2. No caso de existirem duas ou mais garantias distintas cobrindo as mesmas obrigações do Objeto da Garantia, a Indenização deverá ser dividida proporcionalmente entre as garantias apresentadas ao Edital, de modo a não resultar em auferição de lucro ao Segurado.**

## **10. CONTROVÉRSIAS**

**10.1. Eventuais controvérsias entre Seguradora e Segurado serão processadas no foro do domicílio do Segurado.**

## **11. ACEITAÇÃO**

**11.1. A contratação da Apólice somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado e nomeado, por todos os meios remotos legais admitidos. A proposta escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco.**

**11.2. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar sobre a aceitação ou não da proposta, contados da data de seu recebimento.**

**11.2.1. A solicitação de documentos complementares poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo previsto no item 11.2. Nesta hipótese, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 11.2 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.**



Nº Apólice Seguro Garantia: **06-0775-0256648**  
Proposta: **5055930**  
Controle Interno (Código Controle): **103113117**  
Nº de Registro SUSEP: **054362025000607750256648**



**11.3.** No caso de não aceitação da proposta, a Seguradora comunicará o fato ao proponente por e-mail, via plataforma eletrônica ou qualquer outro meio escrito válido. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo acima aludido, não caracterizará a aceitação tácita do seguro.

**11.4.** Caso a aceitação da proposta dependa de contratação ou alteração de resseguro facultativo, o prazo aludido no item 11.2. será suspenso até que o ressegurador se manifeste formalmente, comunicando a Seguradora, por escrito, ao proponente, tal eventualidade, ressaltando a consequente inexistência de cobertura enquanto perdurar a suspensão.

**11.5.** A emissão da Apólice ou do endosso será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta.

**11.6.** A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco.

## 12. DISPOSIÇÕES GERAIS

**12.1.** No tocante à alocação dos riscos previstos nesta garantia, havendo contrariedade e/ou divergência entre as disposições previstas na presente Apólice/Endosso e no contrato e/ou aditivos garantidos, prevalecerão sempre as disposições da presente Apólice/Endosso.

**12.2.** Cabe ao Tomador e ao Segurado a conferência das condições e termos desta Apólice e/ou Endosso, estando de pleno acordo que a Seguradora a preste e cumpra, tal como disposto em suas Condições Contratuais.

**12.2.1.** Para ausência de dúvidas, a presente Apólice não contém cláusula de retomada e não oferece cobertura para as hipóteses previstas no art. 102 da Lei 14.133/2021.

**12.3.** Tomador e Segurado reconhecem que a validade do presente negócio jurídico e a eficácia do contrato de seguro é vinculada à aceitação do Segurado da presente Apólice ou Endosso em sua integralidade.

**12.4.** Esta Apólice é inalienável e irrevogável.

**12.5.** Considera-se como âmbito geográfico de cobertura todo o território nacional.

**12.6.** A presente Apólice não conta com franquias, participações obrigatórias do Segurado, carência de qualquer tipo, assim como não permite a reintegração do seu Limite Máximo de Garantia.

**12.7.** Este seguro é contratado a primeiro risco absoluto.

**12.8.** O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.

**12.9.** O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico <https://www.gov.br/susep>.

## 13. DEFINIÇÕES

**13.1.** Em acréscimo aos termos definidos constantes das Condições Contratuais, aplicam-se também a esta Apólice, as seguintes definições:

**I. Apólice:** documento, emitido e assinado pela Seguradora, que representa formalmente o contrato de Seguro garantia.

**II. Beneficiário:** pessoa jurídica, a qual possui interesse legítimo no Objeto da Garantia e que pode incorrer, direta ou indiretamente, em Prejuízos decorrentes do inadimplemento contratual do Tomador.

**III. Condições Particulares:** conjunto de cláusulas que complementam ou alteram as Condições Contratuais.

**IV. Edital:** ato indicado no Objeto da Garantia, por intermédio do qual o Segurado faz público seu propósito de licitar um objeto determinado, estabelece os requisitos exigidos dos proponentes e das propostas, regula os termos segundo os quais os avaliará e fixa as cláusulas do eventual contrato a ser firmado, contemplando o instrumento de sua publicação, seus anexos, manuais, resumos, projetos e demais informações disponibilizadas pelo Segurado para elaboração de propostas pelos licitantes.



N° Apólice Seguro Garantia: **06-0775-0256648**  
Proposta: **5055930**  
Controle Interno (Código Controle): **103113117**  
N° de Registro SUSEP: **054362025000607750256648**



**V. Endosso:** documento emitido pela Seguradora por meio do qual são formalizadas alterações da Apólice.

**VI. Indenização:** contraprestação da Seguradora perante o Segurado relativa aos Prejuízos causados pelo Tomador em razão do inadimplemento das obrigações cobertas pelo seguro, a qual poderá se dar por meio de pagamento em dinheiro dos Prejuízos apurados no âmbito dos Prejuízos cobertos pelo seguro.

**VII. Limite Máximo de Garantia (LMG):** valor máximo de Indenização garantido pela Seguradora considerando uma ou mais coberturas previstas na Apólice.

**VIII. Prejuízos:** multas e penalidades aplicadas pelo Segurado ao Tomador, em decorrência da não assinatura do contrato administrativo, conforme definido no Edital, as quais não tenham sido adimplidas no prazo definido no Edital ou notificação ao Tomador.

**IX. Prêmio:** importância devida pelo Tomador à Seguradora, como contraprestação da cobertura de seguro contratada.

**X. Prêmio Mínimo:** a parcela do Prêmio não reembolsável e devido à Seguradora a título de remuneração mínima a partir do momento da emissão do seguro, em razão do consumo de capacidade e seu custo de oportunidade, bem como pela própria garantia securitária prestada desde o momento da emissão da Apólice.

**XI. Relatório Final de Regulação de Sinistro:** documento no qual a Seguradora comunica existência de cobertura ou, conforme o caso, as razões técnico-legais para eventual negativa de cobertura ou extinção de cobertura/responsabilidade da Seguradora.

**XII. Segurado:** ente da Administração Pública que publica o Edital, nos termos da legislação.

**XIII. Seguradora:** é a Juntos Seguros S/A.

**XIV. Seguro garantia:** seguro que garante o fiel cumprimento das obrigações assumidas pelo Tomador perante o Segurado, conforme Condições Contratuais da Apólice.

**XV. Tomador:** pessoa jurídica participante de processo licitatório correspondente ao Edital.

**XVI. Vigência:** as Apólices e Endossos terão seu início e término de Vigência às 23:59hs das datas para tal fim neles indicadas.

04/02/2025 - BANCO DO BRASIL - 17:36:42  
054700547 0002



COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: VIA MEDICAMENTOS COMERCIO  
AGENCIA: 0547-9 CONTA: 30.115-9

=====

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

-----

03399895433800000016678321201010599890000019000

BENEFICIARIO:

JUNTO SEGUROS S A

NOME FANTASIA:

JUNTO SEGUROS S A

CNPJ: 84.948.157/0001-33

BENEFICIARIO FINAL:

Junto Seguros SA

CNPJ: 84.948.157/0001-33

PAGADOR:

VIA MEDICAMENTOS COMERCIO E CONSULT

CNPJ: 10.495.121/0001-05

-----

NR. DOCUMENTO	20.405
DATA DE VENCIMENTO	11/02/2025
DATA DO PAGAMENTO	04/02/2025
VALOR DO DOCUMENTO	190,00
VALOR COBRADO	190,00

=====

NR.AUTENTICACAO 5.D89.05B.D61.C3B.694

=====

Central de Atendimento BB  
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas  
0800 729 0001 Demais localidades.  
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB  
0800 729 0722  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de  
produtos e servicos.

Ouvidoria  
0800 729 5678  
Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
habituais agencia, SAC e demais canais de  
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala  
0800 729 0088  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao,  
outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Instruções de Impressão

Imprimir em impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal. (Não use modo econômico)  
 Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) - Corte na linha indicada



**033-7**

Beneficiário  
**Junto Seguros S.A. 84.948.157/0001-33**

Vencimento	11/02/2025
Nosso Número	1678321
Número do Documento	2399719
Agência / Código Beneficiário	4849-6 / 895438
(=) Valor do Documento	190,0

Recibo do Pagador

Autenticação Mecânica

Pagador  
**VIA MEDICAMENTOS COMERCIO E CONSULTORIA EM SAUDE LTDA CNPJ: 10.495.121/0001-05**  
**R 103 LT 14-15-16 S/N 63430000 ICO, CE**  
**Ref. emissão apólice 06-0775-0256648**

Sacador / Avalista:

Corte na linha pontilhada



**033-7**

**03399.89543 38000.000166 78321.201010 5 99890000019001**

Local de Pagamento

**PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER**

Vencimento	11/02/2025
Agência / Código Beneficiário	4849-6 / 895438
Nosso Número	1678321
(=) Valor do Documento	190,0

Beneficiário

**Junto Seguros S.A. 84.948.157/0001-33**

Data do Documento	Número do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento
04/02/2025	23997192	NS	N	04/02/2025

Carteira	Espécie	Quantidade	Valor Documento
COBRANÇA SIMPLES - RCR	REAL		

Instruções:  
 Junto Seguros S.A.. Após o vencimento cobrar 0,03% por dia de atraso. Não receber depois de 30 dias do vencimento previsto. Após esta data o Segurado da Apólice (Beneficiário) será notificado da pendência do pagamento. Para maiores informações entrar em contato com o Departamento Financeiro através do e-mail: [contasareceber@juntoseguros.com](mailto:contasareceber@juntoseguros.com).



(-) Desconto	
(-) Abatimento	
(+) Mora	
(+) Outros acréscimos	
(=) Valor Cobrado	

Pagador  
**VIA MEDICAMENTOS COMERCIO E CONSULTORIA EM SAUDE LTDA CNPJ: 10.495.121/0001-05**  
**R 103 LT 14-15-16 S/N 63430000 ICO, CE**  
**Ref. emissão apólice 06-0775-0256648**

Sacador / Avalista

Cod. Baixa

Autenticação Mecânica - FICHA DE COMPENSAÇÃO



Corte na linha pontilhada