

DATA DA LEITURA:	24/06/2025	ORGÃO:	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO SIMÃO/GO								
CODIGO	ID: 10181	VENDEDOR:	ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO								
PROCESSO	nº: 22318/2025	MODALIDADE:	PREGÃO ELETRÔNICO Nº 018/2025								
ABERTURA	04/07/2025	OBJETO:	MEDICAMENTOS								
HORA	09:00	VALIDA.PROP.	60 DIAS								
JULGAMENTO	ITEM	ENTREGA	10 Dias								
CASAS DEC.:	4 CASAS	PAGAMENTO	30 Dias								
LEI 14.133/2021	SIM	PRAZO DA DOC.	PROPOSTA FINAL + HABILITAÇÃO + REGISTRO - 02 HORAS								
VIGENCIA	12 MESES	SISTEMA	www.licitanet.com.br								
LEITURA POR:	BARBARA COSTA	MODO DE DISPUTA	ABERTO								
Págs	DOCUMENTOS EXIGIDOS	H	P	F	Págs	DOCUMENTOS EXIGIDOS	Obs.	H	P	F	
8.6.	CONTRATO SOCIAL	X				AFE COMUM LABORATORIO					
8.6.	41ª ALTERAÇÃO CONS.	X				AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO					
8.6.	CNH - DOS SÓCIOS	X				AFE CORRELATO LABORATORIO					
8.11.	CNPJ. Cod: 6	X			6.11-	AMOSTRAS	PODERÁ				
8.13.	FGTS	X				BOAS PRATICAS DE FABRI.					
X	INSS	X				CBPF DE ORIGEM + TRADUÇÃO					
8.12.	CERT. FEDERAL	X			4.1.5- / 1.3.1. b)	INDICAR NOME GENÉRICO E CIENTIFICO DO PRODUTO, NOME COMERCIAL, MARCA, FABRICANTE, MODELO E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA	PROPOSTA				
8.16.	CERT. ESTADUAL	X			1.3.1. b)	PROCEDÊNCIA E ORIGEM	PROPOSTA				
	DIVIDA ATIVA ESTADUAL				4.1.5-	DIGITAR CONFORME ANEXO	TR				
8.16.	CERT. MUNICIPAL	X			1.3.1. a)	REGISTRO DE MEDICAMENTO	VENCEDOR	X			
	CERTIDÃO IPTU					REGISTRO MATERIAL					
8.15.	CIM	X				RG/MS MED - PET 01 () 02 ()					
8.15.	INSCRIÇÃO ESTADUAL	X				RG/MS MAT - PET 01 () 02 ()					
8.14.	MTE - DÉBITOS TRABALHISTAS	X			1.3.1. a)	ISENÇÃO DE REGISTRO	SE FOR O CASO				
	MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ					Nº DO ITEM NO CBPF					
	BALANÇO				4.1.5-	Nº DO RG/MS NA PROPOSTA	13 DIGITOS				
	CERT. CONTADOR CRC					Nº DO ITEM NO REGISTRO					
8.20.	CERTIDÃO DE FALÊNCIA	X				LIC. FUN. EST. - CORRE. FABRI.					
	CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM					LIC. FUNC. EST. MED. FRABRI.					
	CARTÓRIOS PROTESTO				5.1.1.	VALIDADE DOS PRODUTOS:	12 MESES				
	CERTIDÃO DO FORO					PROPOSTA VIA 1			X		
X	LIC. FUNC. - MEDICAMENTO	X			4.13.	No momento da apresentação da proposta, caberá aos licitantes comprovarem o recolhimento de quantia de 109.607,13 (cento e nove mil seiscentos e sete reais e treze centavos), a título de garantia de proposta (art. 58 da Lei Federal nº 14.133/2021).	GARANTIA DE PROPOSTA				
	LIC. FUNC. - MATERIAL				6.16 -	BULA	PODERÁ				
X	AFE COMUM - ANVISA	X			TR	INSERIR ID DO PRODUTO	PROPOSTA				
X	AFE COMUM - DOU	X									
X	AFE ESPECIAL - ANVISA	X				PROPOSTA COM FIRMA RECONHECIDA					
X	AFE ESPECIAL - DOU	X				NAO ACEITA PROTOCOLO					
	AFE CORRELATO - ANVISA					ENVELOPE PROP.	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO SIMÃO/GO		X		
	AFE CORRELATOS - DOU					PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO:					
X	ALVARÁ LOCALIZAÇÃO	X				4.1.1- Valor unitário do item; 4.1.2- Marca; 4.1.3- Modelo; 4.1.5- Descrição do objeto, contendo as informações similares à especificação do Termo de Referência: Indicando quando for o caso, modelo prazo de validade ou de garantia, inscrição ou número do registro do bem no órgão competente, quando for aplicável;					
	SIMPLIFICADA - JUCEPE					INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES:					
	SIMPLIFICADA - ESPECÍFICA					Tipo de Julgamento: Menor Preço por Item. / 5.6- O lance deverá ser ofertado pelo valor unitário do item. / 5.9- O intervalo mínimo de diferença de valores ou percentuais entre os lances deverá ser de 1% (um por cento). / 6.8- No caso de bens e serviços em geral, é indicio de inexecução das propostas valores inferiores a 25% (vinte e cinco por cento) do valor orçado pela Administração.					
	CONSELHO DE FARMÁCIA					INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS:					
	CERTIDÃO FARMÁCIA					5.2.1.4- O pregoeiro solicitará ao licitante mais bem classificado que, no prazo mínimo de 02h (duas horas), envie a proposta adequada ao último lance ofertado após a negociação realizada, acompanhada, se for o caso, dos documentos complementares, quando necessários à confirmação daqueles exigidos neste Edital e já apresentados. / 7.8.1. Os documentos exigidos para habilitação que não estejam contemplados no HABILITANET serão enviados por meio do sistema, em formato digital, no prazo de duas horas.					
	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.				
	SICAF						DADOS DO REPRESENTANTE				
8.21.	ATEST DE CAP TEC PUBLIC.	X					CARTA CREDENCIAMENTO				
8.21.	ATEST DE CAP TEC PRIVAD	X					DECLARAÇÃO ÚNICA	ANEXO II	X		
	ATEST CAP PUBLIC CONTRATO						DADOS DA EMPRESA		X		
	RELAÇÃO DE APENADOS - TCE SP						DECLARAÇÃO - LGPD	ANEXO IV	X		
	CERTIDÃO DO CEIS										
	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						5.2.1- Será desclassificada a proposta que identifique o licitante. / 6.7.1- contiver vícios insanáveis; 6.7.2- não obedecer às especificações técnicas contidas no Termo de Referência; 6.7.3- apresentar preços inexequíveis ou permanecerem acima do preço máximo definido para a contratação; 6.7.4- não tiverem sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração; 6.7.5- apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste Edital ou seus anexos, desde que insanável.				
	BOMBEIROS						INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA:				
	IDONEIDADE FINANCEIRA						2.5.1- A exclusividade de participação de microempresas e empresas de pequeno porte, válido para itens de valor até R\$80.000,00 (oitenta mil reais), será efetivado para estabelecer a prioridade de contratação para as microempresas e empresas de pequeno porte sediadas no município de São Simão.				
	MANUAL DE BOAS PRÁTICAS						OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:				
X	PROCURAÇÃO ERIKA MILLANE	X									
ENVELOPE HAB.	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO SIMÃO/GO	X					RECEB. NOME: _____ EM: _____				