

DATA DA LEITURA:		04/07/2025		ORGÃO:		FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE GARANHUNS/PE					
CODIGO		ID 10477		VEENDEDOR:		ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO					
PROCESSO		Nº 012/2025		MODALIDADE:		PREGÃO ELETRONICO Nº 008/2025					
ABERTURA		11/07/2025		OBJETO:		MATERIAL HOSPITALAR (CORRELATOS)					
HORA		10:00		VALIDA.PROP.		60 DIAS					
JULGAMENTO		ITEM		ENTREGA		10 DIAS ÚTEIS					
CASAS DEC.:		2 CASAS		PAGAMENTO		30 DIAS					
LEI 14.133/2021		SIM		PRAZO DA DOC.		READEQUADA + HAB, VIA SISTEMA, PRAZO 2H;					
VIGENCIA		12 MESES		SISTEMA		https://bnc.org.br/					
LEITURA POR:		JOICE EDUARDA		MODO DE DISPUTA		ABERTO					
Págs	DOCUMENTOS EXIGIDOS	H	P	F	Págs	DOCUMENTOS EXIGIDOS	Obs.	H	P	F	
9.14.2	CONTRATO SOCIAL	X				AFE COMUM LABORATORIO					
9.14.7	413 ALTERAÇÃO CONS.	X				AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO					
9.14.2	CNH - DOS SÓCIOS	X				AFE CORRELATO LABORATORIO					
9.16.1	CNPJ. Cod: 6	X				AMOSTRAS					
9.16.4	FGTS	X			9.18.1 h)	BOAS PRATICAS DE FABRI.	X	X			
9.16.4	INSS	X			9.18.1 h)	CBPF DE ORIGEM + TRADUÇÃO	IMPORTADOS	X			
9.16.3	CERT. FEDERAL	X			5.17	INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA	ANEXO I - TR				
9.16.3	CERT. ESTADUAL	X				PROCEDÊNCIA E ORIGEM					
	DIVIDA ATIVA ESTADUAL					DIGITAR CONFORME ANEXO					
9.16.3	CERT. MUNICIPAL	X				REGISTRO DE MEDICAMENTO					
	CERTIDÃO IPTU				9.18.1 c)	REGISTRO MATERIAL	X	X			
9.16.2 b)	CIM	X			TR 5.1.3	RG/MS MAT - PET 01 () 02 ()	SE FOR O CASO	X			
9.16.2 a)	INSCRIÇÃO ESTADUAL	X			9.18.1 e)	NOTIFICAÇÃO SIMPLIFICADA/DISPENSA	SE FOR O CASO	X			
9.17.1	MTE - DÉBITOS TRABALHISTAS	X				PROTOCOLO ()					
	MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ					Nº DO ITEM NO CBPF					
9.15.1 (2023/2024)	BALANÇO	X				Nº DO RG/MS NA PROPOSTA					
9.15.4	CERT. CONTADOR CRC	X			9.18.1 c)	Nº DO ITEM NO REGISTRO	X				
9.15.7 a) 90 DIAS	CERTIDÃO DE FALÊNCIA	X				LIC. FUN. EST. - CORRE. FABRI.					
	CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM					LIC. FUNC. EST. MED. FRABRI.					
	CARTÓRIOS PROTESTO				TR 3.4.4	VALIDADE DOS PRODUTOS:	12 MESES				
	CERTIDÃO DO FORO					PROPOSTA VIA 1			X		
	LIC. FUNC. - MEDICAMENTO				5.18	PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO.			X		
9.18.1 g)	LIC. FUNC. - MATERIAL	X			PÁG 30	FICHA TÉCNICA	X	X			
	AFE COMUM - ANVISA				TR 4.3.1	VALOR ESTIMADO: R\$ 266.977,00	X				
	AFE COMUM - DOU										
9.18.1 i)	AFE ESPECIAL - ANVISA	X				PROPOSTA COM FIRMA RECONHECIDA					
9.18.1 i)	AFE ESPECIAL - DOU	X				NAO ACEITA PROTOCOLO					
9.18.1 f)	AFE CORRELATO - ANVISA	X				ENVELOPE PROP. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE GARANHUNS/PE			X		
9.18.1 f)	AFE CORRELATOS - DOU	X				PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO:					
9.18.1 g)	ALVARÁ LOCALIZAÇÃO	X				5.17 Os licitantes deverão anexar propostas com a descrição do objeto ofertado e seu preço, no respectivo campo do sistema do bolsa nacional de compras - BNC, em formato PDF, WORLD ou EXCEL , ou podendo ainda, digitar no campo de observações adicionais, até a data e hora marcadas para abertura da sessão, exclusivamente por meio do sistema eletrônico, quando, então, encerrar-se-á, automaticamente, a fase de recebimento de propostas, sob pena de desclassificação.					
9.15.5 (10%)	SIMPLIFICADA - JUCEPE	X				INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES:					
9.15.5 (10%)	SIMPLIFICADA - ESPECIFICA	X				6.9 O lance deverá ser ofertado pelo valor por ITEM. 6.12 Intervalo mínimo deverá ser de R\$ 0,01 (um centavo de real). 6.22 O Critério de julgamento adotado será o MENOR PREÇO POR ITEM; 7.7 é indicio de inexistência de propostas valores inferiores a 50%;					
	CONSELHO DE FARMÁCIA					INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS:					
	CERTIDÃO FARMÁCIA					6.29 O(A) pregoeiro(a) solicitará ao licitante mais bem classificado que, no prazo de até 2 (duas) horas, envie a proposta adequada, acompanhada, se for o caso, dos documentos complementares. 8.3 Após receber a proposta readequada, esta será prontamente analisada dentro do prazo estipulado pelo condutor do processo durante a sessão. Após a análise, a sessão será retomada para divulgação da empresa classificada, permitindo o envio dos documentos de habilitação dentro do prazo estipulado de até 2 horas após a solicitação.					
	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				
9.18.1 a) j)	ATEST DE CAP TEC PUBLIC.	X					CARTA CREDENCIAMENTO				
9.18.1 a) j)	ATEST DE CAP TEC PRIVAD	X				9.10 / 9.11 / 9.12 / 9.17.2 / 9.19	DECLARAÇÃO GERAL	ANEXO IV	X		
9.3 CONSULTA	ATEST CAP PUBLIC CONTRATO					X	DADOS DA EMPRESA	X	X		
	CONSOLIDADA TCU										
	CERTIDÃO DO CEIS										
	CERTIDÃO DO CNJ										
9.4 CONSULTA	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						5.18 É vedada a identificação da licitante em qualquer parte do sistema bnc, exceto na proposta em pdf anexada junto ao sistema BNC, até o final da sessão pública de lances, sob pena de desclassificação o. 6.3 Também será desclassificada a proposta que identifique o licitante. 7.6 Será desclassificada a proposta vencedora que: (a) contiver vícios insanáveis; (b) não obedecer às especificações técnicas contidas no Termo de Referência; (c) apresentar preços inexequíveis ou permanecerem acima do preço máximo definido para a contratação; (d) não tiverem sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração; (e) apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste Edital ou seus anexos, desde que insanável. (f) Demais critérios deverão ser observados na minuta do Edital e Contrato.				
	BOMBEIROS						INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA:				
	IDONEIDADE FINANCEIRA										
	MANUAL DE BOAS PRÁTICAS						OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:				
X	PROCURAÇÃO ERIKA MILLANE	X									
ENVELOPE HAB.	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE GARANHUNS/PE	X					RECEB. NOME: _____ EM: _____				