

<b>DATA DA LEITURA:</b>	17/07/2025	<b>ORGÃO:</b>	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FEIRA NOVA/PE								
<b>CODIGO</b>	ID: 10684	<b>VENDEDOR:</b>	ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO								
<b>PROCESSO</b>	Nº 00037/2025	<b>MODALIDADE:</b>	PREGÃO ELETRÔNICO Nº 00014/2025								
<b>ABERTURA</b>	24/07/2025	<b>OBJETO:</b>	MATERIAL HOSPITALAR (CORRELATOS)								
<b>HORA</b>	10:00	<b>VALIDA.PROP.</b>	60 DIAS								
<b>JULGAMENTO</b>	ITEM	<b>ENTREGA</b>	10 Dias								
<b>CASAS DEC.:</b>	2 CASAS	<b>PAGAMENTO</b>	30 Dias								
<b>LEI 14.133/2021</b>	SIM	<b>PRAZO DA DOC.</b>	PROPOSTA FINAL C/ ASS. DIGITAL + REGISTRO - 02 HORAS / HABILITAÇÃO - 24 HORAS								
<b>VIGENCIA</b>	12 MESES	<b>SISTEMA</b>	<a href="https://www.portaldecompraspublicas.com.br">https://www.portaldecompraspublicas.com.br</a>								
<b>LEITURA POR:</b>	BARBARA COSTA	<b>MODO DE DISPUTA</b>	ABERTO E FECHADO								
<b>Págs</b>	<b>DOCUMENTOS EXIGIDOS</b>	<b>H</b>	<b>P</b>	<b>F</b>	<b>Págs</b>	<b>DOCUMENTOS EXIGIDOS</b>	<b>Obs.</b>	<b>H</b>	<b>P</b>	<b>F</b>	
12.2.1.	CONTRATO SOCIAL	X				AFE COMUM LABORATORIO					
12.2.1.	41ª ALTERAÇÃO CONS.	X				AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO					
12.2.1.	CNH – DOS SÓCIOS	X				AFE CORRELATO LABORATORIO					
12.2.2.	CNPJ. Cod: 6	X				AMOSTRAS					
12.2.2.	FGTS	X				BOAS PRATICAS DE FABRI.					
X	INSS	X				13.1.5. DECLARAÇÃO DO DETENTOR DO REGISTRO-DDR	P/ IMPORTADOS	X			
12.2.2.	CERT. FEDERAL	X				9.1.4. INDICAR MARCA, FABRICANTE, MODELO E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA	PROPOSTA				
12.2.2.	CERT. ESTADUAL	X				12.3.1. PROCEDÊNCIA E ORIGEM	PROPOSTA				
	DIVIDA ATIVA ESTADUAL					9.1.4. DIGITAR CONFORME ANEXO	ANEXO I				
12.2.2.	CERT. MUNICIPAL	X					REGISTRO DE MEDICAMENTO				
	CERTIDÃO IPTU					13.1.4. REGISTRO MATERIAL	VENCEDOR	X			
X	CIM	X					RG/MS MED - PET 01 ( ) 02 ( )				
X	INSCRIÇÃO ESTADUAL	X				13.1.4. RG/MS MAT - PET 01 ( ) 02 ( )	X				
12.2.2.	MTE - DÉBITOS TRABALHISTAS	X				13.1.4. ISENÇÃO / DISPENSA DE REGISTRO	SE FOR O CASO				
	MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ						Nº DO ITEM NO CBPF				
6.9.1.2 ÚLTIMOS	BALANÇO	X				12.3.1. Nº DO RG/MS NA PROPOSTA	13 DIGITOS				
X	CERT. CONTADOR CRC	X					Nº DO ITEM NO REGISTRO				
12.2.3.	CERTIDÃO DE FALÊNCIA	X					LIC. FUN. EST. - CORRE. FABRI.				
	CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM						LIC. FUNC. EST. MED. FRABRI.				
	CARTÓRIOS PROTESTO						VALIDADE DOS PRODUTOS:				
	CERTIDÃO DO FORO						PROPOSTA VIA 1			X	
	LIC. FUNC. - MEDICAMENTO						PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO.				
12.2.4.2.	LIC. FUNC. - MATERIAL	X					BULA				
	AFE COMUM - ANVISA					TR	INSERIR CÓDIGO CATMAT	PROPOSTA			
	AFE COMUM - DOU										
	AFE ESPECIAL - ANVISA						PROPOSTA COM FIRMA RECONHECIDA				
	AFE ESPECIAL - DOU						NÃO ACEITA PROTOCOLO				
12.2.4.3.	AFE CORRELATO - ANVISA	X					ENVELOPE PROP. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FEIRA NOVA/PE			X	
12.2.4.3.	AFE CORRELATOS - DOU	X					PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO:				
12.2.4.2.	ALVARÁ LOCALIZAÇÃO	X					9.1.1.Valor unitário do item: expresso em moeda corrente nacional; 9.1.2.Quantidade: conforme fixada no Termo de Referência - Anexo I; 9.1.3.Marca: se for da própria empresa deverá ser informado "própria"; 9.1.4.Descrição do objeto: contendo as informações similares à especificação do Termo de Referência - Anexo I. / 9.3.Será cotado um único preço para cada item, com a utilização de duas casas decimais.				
X	SIMPLIFICADA - JUCEPE	X									
X	SIMPLIFICADA - ESPECIFICA	X					INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES:				
12.2.4.4.	CONSELHO DE FARMÁCIA	X					CRITÉRIO: MENOR PREÇO POR ITEM. / 10.5.1.O lance deverá ser ofertado pelo valor unitário do item. / 10.7.1.O intervalo mínimo de diferença de valores entre os lances deverá ser de R\$ 0,01 (um centavo). / 11.4.É indicio de inexecução das propostas valores inferiores a 50% (cinquenta por cento) do valor orçado pelo FMS;				
12.2.4.4.	CERTIDÃO FARMÁCIA	X					INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS:				
12.2.4.4.	DOC. FARMACÊUTICO	X					10.26.4.O Pregoeiro solicitará ao licitante melhor classificado que, no prazo de 2 (duas) horas, envie a sua proposta atualizada, adequada ao último lance ofertado e após a negociação realizada, acompanhada, se for o caso, dos documentos complementares, quando necessários à confirmação daqueles exigidos neste Edital e já apresentados; / 12.4.1. Os documentos exigidos para a habilitação, conforme regulado neste Edital, deverão ser enviados após declarados os vencedores na fase de proposta e solicitado o envio no prazo de 24 (vinte quatro) horas, exclusivamente por meio de campo próprio no Sistema.				
	CRC NA PREFEITURA						Págs	DECLARAÇÕES	H	P	F
	CADFOR							DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR			
	CERTIDÃO DO ICMS							DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS			
	SICAF							DEC. DE REQ. DE HAB.			
12.2.4.1.	ATEST DE CAP TEC PUBLIC.	X						DADOS DO REPRESENTANTE			
12.2.4.1.	ATEST DE CAP TEC PRIVAD	X						CARTA CREDENCIAMENTO			
	ATEST CAP PUBLIC CONTRATO						12.2.5.1.	DECLARAÇÃO GERAL	ANEXO II	X	
	RELAÇÃO DE APENADOS - TCE SP							DADOS DA EMPRESA		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							11.3.1.Contiver vícios insanáveis; 11.3.2.Não obedecer às especificações técnicas contidas no Termo de Referência - Anexo I; 11.3.3.Apresentar preços inexequíveis ou permanecerem acima do preço máximo definido para a contratação; 11.3.4.Não tiverem sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração; 11.3.5.Apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste Edital ou seus anexos, desde que insanável.			
	BOMBEIROS							INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA:			
	IDONEIDADE FINANCEIRA										
	MANUAL DE BOAS PRÁTICAS							OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:			
X	PROCURAÇÃO ERIKA MILLANE	X						E-mail: fmsfn2025@gmail.com  Fone/Fax: (81) 3733-2173			
ENVELOPE HAB.	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FEIRA NOVA/PE	X						RECEB. NOME: _____ EM: _____			