

|                  |   |                 |   |   |                    |   |   |   |            |   |   |
|------------------|---|-----------------|---|---|--------------------|---|---|---|------------|---|---|
| DATA DA LEITURA: | 27/08/2025                                | ORGÃO:          | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOM JARDIM/PE   |   |                    |   |   |   |            |   |   |
| CÓDIGO           | ID: 10700                                 | VENDEDOR:       | ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO   |   |                    |   |   |   |            |   |   |
| PROCESSO         | nº 00016/2025                             | MODALIDADE:     | PREGÃO ELETRÔNICO Nº 00006/2025   |   |                    |   |   |   |            |   |   |
| ABERTURA         | 05/09/2025                                | OBJETO:         | MEDICAMENTOS  |   |                    |   |   |   |            |   |   |
| HORA             | 09:00                                     | VALIDA PROP.    | 60 DIAS   |   |                    |   |   |   |            |   |   |
| JULGAMENTO       | ITEM                                      | ENTREGA         | 15 Dias   |   |                    |   |   |   |            |   |   |
| CASAS DEC.:      | 2 CASAS                                   | PAGAMENTO       | 10 Dias   |   |                    |   |   |   |            |   |   |
| LEI 14.133/2021  | SIM                                       | PRAZO DA DOC.   | PROPOSTA FINAL - 02 HORAS   |   |                    |   |   |   |            |   |   |
| VIGÊNCIA         | 12 MESES                                  | SISTEMA         | <a href="https://bnccompras.com/Home/Login">https://bnccompras.com/Home/Login</a> |   |                    |   |   |   |            |   |   |
| LEITURA POR:     | BARBARA COSTA                             | MODO DE DISPUTA |   |   | ABERTO             |   |   |   |            |   |   |
| Págs             | DOCUMENTOS EXIGIDOS                       | H               | P   | F | Págs               | DOCUMENTOS EXIGIDOS   | Obs.                                      | H | P          | F |   |
| 9.3              | CONTRATO SOCIAL                           | X               |   |   |                    | AFE COMUM LABORATORIO   |   |   |            |   |   |
| 9.3              | 41º ALTERAÇÃO CONS.                       | X               |   |   |                    | AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO  |   |   |            |   |   |
| 9.3              | CNH – DOS SÓCIOS                          | X               |   |   |                    | AFE CORRELATO LABORATORIO   |   |   |            |   |   |
| 9.9              | CNPJ. Cod: 6                              | X               |   |   |                    | AMOSTRAS  |   |   |            |   |   |
| 9.11             | FGTS                                      | X               |   |   |                    | BOAS PRATICAS DE FABRI.   |   |   |            |   |   |
| X                | INSS                                      | X               |   |   |                    | CBPF DE ORIGEM + TRADUÇÃO   |   |   |            |   |   |
| 9.10             | CERT. FEDERAL                             | X               |   |   | 5.1.2              | INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA   |   |   | PROPOSTA   |   |   |
| 9.14             | CERT. ESTADUAL                            | X               |   |   |                    | PROCEDÊNCIA E ORIGEM  |   |   |            |   |   |
|                  | DIVIDA ATIVA ESTADUAL                     |                 |   |   |                    | DIGITAR CONFORME ANEXO  |   |   |            |   |   |
| 9.15             | CERT. MUNICIPAL                           | X               |   |   |                    | REGISTRO DE MEDICAMENTO   |   |   |            |   |   |
|                  | CERTIDÃO IPTU                             |                 |   |   |                    | REGISTRO MATERIAL   |   |   |            |   |   |
| X                | CIM                                       | X               |   |   |                    | RG/MS MED - PET 01 ( ) 02 ( )   |   |   |            |   |   |
| X                | INSCRIÇÃO ESTADUAL                        | X               |   |   |                    | RG/MS MAT - PET 01 ( ) 02 ( )   |   |   |            |   |   |
| 9.13             | MTE – DÉBITOS TRABALHISTAS                | X               |   |   |                    | PROTÓCOLO ( )   |   |   |            |   |   |
|                  | MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANC               |                 |   |   |                    | Nº DO ITEM NO CBPF  |   |   |            |   |   |
| 9.19 2 ÚLTIMOS   | BALANÇO                                   | X               |   |   | TR                 | Nº DO RG/MS NA PROPOSTA   |   |   | 13 DIGITOS |   |   |
| X                | CERT. CONTADOR CRC                        | X               |   |   |                    | Nº DO ITEM NO REGISTRO  |   |   |            |   |   |
| 9.18             | CERTIDÃO DE FALÊNCIA                      | X               |   |   |                    | LIC. FUN. EST. - CORRE. FABRI.  |   |   |            |   |   |
|                  | CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM                  |                 |   |   | 5.6.               | LIC. FUNC. EST. MED. FRABRI.  |   |   |            |   |   |
|                  | CARTÓRIOS PROTESTO                        |                 |   |   |                    | VALIDADE DOS PRODUTOS:  |   |   | 12 MESES   |   |   |
|                  | CERTIDÃO DO FORO                          |                 |   |   |                    | PROPOSTA VIA 1  |   |   |            | X |   |
| 9.27             | LIC. FUNC. - MEDICAMENTO                  | X               |   |   |                    | PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO.   |   |   |            |   |   |
|                  | LIC. FUNC. - MATERIAL                     |                 |   |   |                    | BULA  |   |   |            |   |   |
| 9.28             | AFE COMUM - ANVISA                        | X               |   |   | TR                 | INSERIR CÓDIGO CATMAT   |   |   | PROPOSTA   |   |   |
| 9.28             | AFE COMUM - DOU                           | X               |   |   |                    | PROPOSTA COM FIRMA RECONHECIDA  |   |   |            |   |   |
| 9.29             | AFE ESPECIAL - ANVISA                     | X               |   |   |                    | NAO ACEITA PROTOCOLO  |   |   |            |   |   |
| 9.29             | AFE ESPECIAL - DOU                        | X               |   |   |                    | ENVELOPE PROP.  | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOM JARDIM/PE |   |            | X |   |
|                  | AFE CORRELATO - ANVISA                    |                 |   |   |                    | PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO:   |   |   |            |   |   |
|                  | AFE CORRELATOS - DOU                      |                 |   |   |                    |   |   |   |            |   |   |
| 9.27             | ALVARÁ LOCALIZAÇÃO                        | X               |   |   |                    | 4.2 Os licitantes encaminharão, exclusivamente por meio do sistema eletrônico, a proposta com o preço ou o percentual de desconto, conforme o critério de julgamento adotado neste Edital e documentos de habilitação até a data e o horário estabelecidos, até 02 (duas) horas antes da abertura da sessão pública. / 5.1.1 Valor unitário do item; 5.1.2 Marca; 5.1.3 Quantidade cotada.              |   |   |            |   |   |
| X                | SIMPLIFICADA - JUCEPE                     | X               |   |   |                    |   |   |   |            |   |   |
| X                | SIMPLIFICADA - ESPECÍFICA                 | X               |   |   |                    | INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES:  |   |   |            |   |   |
| 9.30             | CONSELHO DE FARMÁCIA                      | X               |   |   |                    | CRITÉRIO DE JULGAMENTO: MENOR PREÇO POR ITEM. / 6.5 O lance deverá ser ofertado pelo valor unitário do item. / 6.8 O intervalo mínimo de diferença de valores ou percentuais entre os lances deverá ser de 0,01 (um centavo). / 7.7 No caso de bens e serviços em geral, é indício de inexequibilidade das propostas valores inferiores a 50% (cinquenta por cento) do valor orçado pela Administração. |   |   |            |   |   |
| 9.30             | CERTIDÃO FARMÁCIA                         | X               |   |   |                    | INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS:  |   |   |            |   |   |
| 9.30             | DOC. FARMACÉUTICO                         | X               |   |   |                    | 6.19.4 O pregoeiro solicitará ao licitante mais bem classificado que, no prazo de 2 (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.   |   |   |            |   |   |
|                  | 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.  |   |   |            |   |   |
| 9.22 10%         | ATEST DE CAP TEC PUBLIC.                  | X               |   |   |                    | DADOS DO REPRESENTANTE  |   |   |            |   |   |
| 9.22 10%         | ATEST DE CAP TEC PRIVAD                   | X               |   |   |                    | CARTA CREDENCIAMENTO  |   |   |            |   |   |
|                  | ATEST CAP PUBLIC CONTRATO                 |                 |   |   | 4.3 / 9.12 / 9.30. | DECLARAÇÃO GERAL  |   |   | ANEXO V    | 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               |                 |   |   |                    |   |   |   |            |   |   |
|                  | CONTRATO EMPRESA RESÍDUOS                 |                 |   |   |                    |   |   |   |            |   |   |
|                  | BOMBEIROS                                 |                 |   |   |                    |   |   |   |            |   |   |
|                  | IDONEIDADE FINANCEIRA                     |                 |   |   |                    |   |   |   |            |   |   |
|                  | MANUAL DE BOAS PRÁTICAS                   |                 |   |   |                    |   |   |   |            |   |   |
| X                | PROCURAÇÃO ERIKA MILLANE                  | X               |   |   |                    | OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:  |   |   |            |   |   |
| ENVELOPE HAB.    | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOM JARDIM/PE | X               |   |   |                    | e-mail: <a href="mailto:bomjardimeditalis20@gmail.com">bomjardimeditalis20@gmail.com</a>  |   |   |            |   |   |
|                  |   |                 |   |   |                    | RECEB. NOME: _____  | EM: _____                                 |   |            |   |   |