

| | | | | | |
|------------------|------------------------------------|-----------------|---|------------------------------|---|
| DATA DA LEITURA: | 17/07/2025 | ORGÃO: | HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE MARABÁ/PA | | |
| CÓDIGO | ID 10753 - UASG 160168 | VENDEDOR: | ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO | | |
| PROCESSO | Nº 64591.001850/2025-61 | MODALIDADE: | PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90.012/2025 | | |
| ABERTURA | 24/07/2025 | OBJETO: | MEDICAMENTOS | | |
| HORA | 09:00 | VALIDA PROP. | 60 DIAS | | |
| JULGAMENTO | ITEM | ENTREGA | 30 DIAS | | |
| CASAS DEC.: | 2 CASAS | PAGAMENTO | 10 DIAS ÚTEIS | | |
| LEI 14.133/2021 | SIM | PRAZO DA DOC. | READEQUADA + HAB, VIA SISTEMA E E-MAIL, PRAZO 2H; | | |
| VIGÉNCIA | 12 MESES | SISTEMA | (www.gov.br/compras) | | |
| LEITURA POR: | JOICE EDUARDA | MODO DE DISPUTA | ABERTO | | |
| Págs | DOCUMENTOS EXIGIDOS | H P F | Págs | DOCUMENTOS EXIGIDOS | Obs. H P F |
| 9.5. | CONTRATO SOCIAL | X | | AFE COMUM LABORATORIO | |
| 9.12 | 41º ALTERAÇÃO CONS. | X | | AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO | |
| 9.5. | CNH – DOS SÓCIOS | X | | PREÂMBULO | VALOR ESTIMADO: R\$ 898.560,23 |
| 9.13 | CNPJ. Cod: 6 | X | | 8.15. | AMOSTRAS |
| 9.15 | FGTS | X | | | BOAS PRATICAS DE FABRI. |
| 9.14 | INSS | X | | | CBPF DE ORIGEM + TRADUÇÃO |
| 9.14 | CERT. FEDERAL | X | | 6.1.2. / 6.1.3. | INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA |
| 9.18 | CERT. ESTADUAL | X | | | ANEXO I - TR |
| | DIVIDA ATIVA ESTADUAL | | | | PROCEDÊNCIA E ORIGEM |
| | CERT. MUNICIPAL | | | | DIGITAR CONFORME ANEXO |
| | CERTIDÃO IPTU | | | | REGISTRO DE MEDICAMENTO |
| | CIM | | | | REGISTRO MATERIAL |
| | | | | | RG/MS MED - PET 01 () 02 () |
| 9.17 | INSCRIÇÃO ESTADUAL | X | | | RG/MS MAT - PET 01 () 02 () |
| 9.16 | MTE – DÉBITOS TRABALHISTAS | X | | 9.28.8. | Declaração do Detentor de Registro (DDR) |
| | MTE - INFRACAO/DEFIC/CRIANC | | | | IMPORTADOS X |
| 9.23 (2023/2024) | BALANÇO | X | | | Nº DO ITEM NO CBPF |
| X | CERT. CONTADOR CRC | X | | | Nº DO RG/MS NA PROPOSTA |
| 9.22 | CERTIDÃO DE FALÊNCIA | X | | TR 1.7 | OBSERVAR O CONVÉNIO ICMS 87/02 P/ OS ITENS: 19, 33, 87, 89, 92, 99, 102, 105, 132 E 133 |
| | CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM | | | | PROPOSTA |
| | CARTÓRIOS PROTESTO | | | | LIC. FUNC. EST. MED. FRABRI. |
| | CERTIDÃO DO FORO | | | | VALIDADE DOS PRODUTOS: |
| | LIC. FUNC. - MEDICAMENTO | | | | PROPOSTA VIA 1 |
| | LIC. FUNC. - MATERIAL | | | | PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO. |
| | | | | | BULA |
| 9.28.9. | AFE COMUM - ANVISA | X | | 8.10. | EXEQUIBILIDADE |
| 9.28.9. | AFE COMUM - DOU | X | | 8.14. | CARTA DE SOLIDARIEDADE |
| 9.28.9. | AFE ESPECIAL - ANVISA | X | | TR | CÓDIGO CATMAT |
| 9.28.9. | AFE ESPECIAL - DOU | X | | | PROPOSTA |
| | NAO ACEITA PROTOCOLO | | | | |
| | ENVELOPE PROP. | | | | HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE MARABÁ/PA |
| | | | | | PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO: |
| | | | | | 6.1. O licitante deverá enviar sua proposta mediante o preenchimento, no sistema eletrônico, dos seguintes campos: 6.1.1. valor unitário do item; 6.1.2. marca; 6.1.3 fabricante; 6.2. Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam o licitante. |
| | | | | | INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES: |
| 9.26. | CONSELHO DE FARMÁCIA | X | | | Critério de Julgamento: Menor preço por item. 7.5. O lance deverá ser ofertado pelo valor unitário do item. 7.8. O intervalo mínimo deverá ser de R\$ 0,01 (um centavo). 7.9. O licitante poderá, uma única vez, excluir seu último lance ofertado, no intervalo de quinze segundos após o registro no sistema, na hipótese de lance inconsistente ou inexequível. 8.7 é indicio de inexequibilidade das propostas valores inferiores a 50% |
| 9.26. | CERTIDÃO FARMÁCIA | X | | | INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS: |
| 9.26. | DOC. FARMACÊUTICO | X | | | 7.24.4. O Pregoeiro solicitará ao licitante mais bem classificado que, no prazo de 2 (duas) horas, envie a proposta adequada, acompanhada, se for o caso, dos documentos complementares. 9.5. Os documentos exigidos para fins de habilitação poderão ser apresentados em original, por cópia ou pelo email salchgumba@gmail.com. 9.12.1. Os documentos exigidos para habilitação que não estejam contemplados no Sicaf serão enviados por meio do sistema, em formato digital, no prazo de 02(duas) horas |
| | CRC NA PREFEITURA | | | Págs | DECLARAÇÕES |
| | CADFOR | | | | DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR |
| | CERTIDÃO DO ICMS | | | | DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS |
| 8.1.1. CONSULTA | SICAF | | | | DEC. DE REQ. DE HAB. |
| 9.27. | ATEST DE CAP TEC PUBLIC. | X | | | DADOS DO REPRESENTANTE |
| 9.27. | ATEST DE CAP TEC PRIVAD | X | | | CARTA CREDENCIAMENTO |
| | ATEST CAP PUBLIC CONTRATO | | | 9.7. / 9.8. / 9.9. | DECLARAÇÃO GERAL |
| 8.1.2. CONSULTA | CERTIDÃO DO CNEP | | | X | EDITAL X |
| | CERTIDÃO DO CEIS | | | | DADOS DA EMPRESA X |
| | 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 | | | | |
| | | | | | DECLARAÇÕES COM FIRMA RECONHECIDA |
| | | | | | SERÃO DESCLASSIFICADAS AS PROPOSTA QUE: |
| | | | | | 8.6. Será desclassificada a proposta vencedora que: 8.10.1. contiver vícios insanáveis; 8.10.2. não obedecer às especificações técnicas contidas no Termo de Referência/Projeto Básico; 8.10.3. apresentar preços inexequíveis ou permanecerem acima do preço máximo definido para a contratação; 8.10.4. não tiver sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração; 8.10.5. apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste Edital ou seus anexos, desde que insanável. |
| 9.25 | DECLARAÇÃO DO CONTADOR | X | | | INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA: |
| | IDONEIDADE FINANCEIRA | | | | 4.8.1. Itens Previstos na Margem de Preferência: Os itens previstos na margem de preferências são: 12; 26; 27; 43; 67; 76; 77; 103; 106; 126; 150; 151; 155; 156; 157; 158; e 160. |
| X | MANUAL DE BOAS PRÁTICAS | | | | OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES: |
| | PROCURAÇÃO ERIKA MILLANE | X | | e-mail salchgumba@gmail.com. | |
| ENVELOPE HAB. | HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE MARABÁ/PA | X | | RECEB. NOME: _____ | EM: _____ |