

## HABILITAÇÃO APÓS FASE DE LANCES

|                  |  |   |  |        |                          |  |  |   |   |   |  |
|------------------|--|---|--|--------|--------------------------|--|--|---|---|---|--|
| DATA DA LEITURA: | 22/07/2025   | ORGÃO:<br>VENDEDOR:<br>MODALIDADE:<br>OBJETO:<br>VALIDA PROP.<br>ENTREGA<br>PAGAMENTO<br>PRAZO DA DOC.<br>SISTEMA | HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS/SP<br>ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO<br>PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90121/2025<br>MEDICAMENTOS<br>60 DIAS<br>10 Dias<br>10 Dias<br>6.19.4 ADEQUADA PRAZO DE 2 HORAS<br><a href="http://www.gov.br/compras">www.gov.br/compras</a> |        |                          |  |  |   |   |   |  |
| CÓDIGO           | ID 10846 - (UASG) (90121)                              |   |  |        |                          |  |  |   |   |   |  |
| PROCESSO         | Nº 024.00050768/2025-11                                |   |  |        |                          |  |  |   |   |   |  |
| ABERTURA         | 28/07/2025   |   |  |        |                          |  |  |   |   |   |  |
| HORA             | 09:00  |   |  |        |                          |  |  |   |   |   |  |
| JULGAMENTO       | ITEM   |   |  |        |                          |  |  |   |   |   |  |
| CASAS DEC.:      | 4 CASAS  |   |  |        |                          |  |  |   |   |   |  |
| LEI 14.133/2021  | SIM  |   |  |        |                          |  |  |   |   |   |  |
| VIGÊNCIA         | 3 MESES  |   |  |        |                          |  |  |   |   |   |  |
| LEITURA POR:     | MARIA EDUARDA LIMA                                     |   |  |        |                          |  |  |   |   |   |  |
|                  |  |   | MODO DE DISPUTA  | ABERTO |                          |  |  |   |   |   |  |
| Págs             | DOCUMENTOS EXIGIDOS                                    | H   | P  | F      | Págs                     | DOCUMENTOS EXIGIDOS  | Obs.   | H | P | F |  |
| 8.15             | CONTRATO SOCIAL  | X   |  |        |                          | AFE COMUM LABORATORIO  |  |   |   |   |  |
| 8.15             | 41º ALTERAÇÃO CONS.                                    | X   |  |        |                          | AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO   |  |   |   |   |  |
| 8.12             | CNH - DOS SÓCIOS                                       | X   |  |        |                          | AFE CORRELATO LABORATORIO  |  |   |   |   |  |
| 8.30             | CNPJ. Cod: 6   | X   |  |        |                          | AMOSTRAS   | PODERÁ   |   |   |   |  |
| 8.32             | FGTS   | X   |  |        |                          | CÓDIGO SIAFÍSICO / CATMAT  | PROPOSTA   |   |   |   |  |
| 8.31             | INSS   | X   |  |        | 8.40                     | Descrição detalhada do produto, indicando: o FÁRMACO conforme (DCB); apresentação e forma farmacêutica; a marca; o fabricante; a embalagem com o quantitativo do produto oferecido; número do registro expedido pela ANVISA/MS, bem como a informação se a embalagem primária do medicamento é fracionável e se contém o código de identificação bidimensional   | PROPOSTA   |   |   |   |  |
| 8.31             | CERT. FEDERAL  | X   |  |        | 5.1.2                    | INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO, FORMA DE APRESENTAÇÃO E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA   | X  |   |   |   |  |
| 8.36             | CERT. ESTADUAL   | X   |  |        | ANEXO II                 | PROCEDÊNCIA E ORIGEM   | X  |   |   |   |  |
| X                | DIVIDA ATIVA ESTADUAL                                  |   |  |        | TR                       | DIGITAR CONFORME ANEXO   | ANEXO I  |   |   |   |  |
| X                | CERT. MUNICIPAL  | X   |  |        | 8.40                     | REGISTRO DE MEDICAMENTO  | X  |   |   |   |  |
|                  | CERTIDÃO IPTU  |   |  |        |                          | REGISTRO MATERIAL  |  |   |   |   |  |
| 8.35             | CIM  | X   |  |        | 8.40                     | RG/MS MED - PET 01 ( ) 02 ( )  | X  |   |   |   |  |
| 8.35             | INSCRIÇÃO ESTADUAL                                     | X   |  |        |                          | RG/MS MAT - PET 01 ( ) 02 ( )  |  |   |   |   |  |
| 8.34             | MTE - DÉBITOS TRABALHISTAS                             | X   |  |        | TR                       | CÓDIGO SIAFÍSICO / CATMAT  | PROPOSTA   |   |   |   |  |
|                  | MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ                            |   |  |        | 8.40                     | NOTIFICAÇÃO SIMPLIFICADA   | X  |   |   |   |  |
|                  | BALANÇO  |   |  |        | IV.                      | Nº DO RG/MS NA PROPOSTA  | 13 DÍGITOS   |   |   |   |  |
|                  | CERT. CONTADOR CRC                                     |   |  |        | V                        | Nº DO ITEM NO REGISTRO   | X  |   |   |   |  |
| 8.39 (90 dias)   | CERTIDÃO DE FALÊNCIA                                   | X   |  |        | 8.41.5                   | ISENÇÃO DE RG  | X  |   |   |   |  |
|                  | CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM                               |   |  |        |                          | LIC. FUNC. EST. MED. FRABRI.   |  |   |   |   |  |
|                  | CARTÓRIOS PROTESTO                                     |   |  |        | 8.21.3                   | Certificado de análise - COA, do fabricante, referente ao lote oferecido.  | ENTREGA  |   |   |   |  |
|                  | CERTIDÃO DO FORO                                       |   |  |        |                          | PROPOSTA VIA 1   |  |   |   | X |  |
| 8.23             | LIC. FUNC. - MEDICAMENTO                               | X   |  |        |                          | PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO.  |  |   |   |   |  |
|                  | LIC. FUNC. - MATERIAL                                  |   |  |        | 8.40                     | BULA   | X  | X |   |   |  |
| 8.21             | AFE COMUM - ANVISA                                     | X   |  |        | 7.9                      | EXEQUIBILIDADE   | PODERÁ   |   |   |   |  |
| 8.21             | AFE COMUM - DOU  | X   |  |        | 8.40.1                   | LAUDO DE EQUIVALÊNCIA FARMACÊUTICA   | PODERÁ   |   |   |   |  |
| 8.21             | AFE ESPECIAL - ANVISA                                  | X   |  |        | 8.40.2                   | No caso de medicamentos biológicos, apresentar estudos de fase II e III, realizados pelo fabricante  | PODERÁ   |   |   |   |  |
| 8.21             | AFE ESPECIAL - DOU                                     | X   |  |        | TR                       | SEGUIR TABELA CMED   | PROPOSTA   |   |   |   |  |
|                  | AFE CORRELATO - ANVISA                                 |   |  |        |                          | ENVELOPE PROP. HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS/SP   |  |   |   | X |  |
|                  | AFE CORRELATOS - DOU                                   |   |  |        |                          | PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO:  |  |   |   |   |  |
| 8.23             | ALVARÁ LOCALIZAÇÃO                                     | X   |  |        |                          | 5.1.1. [Valor unitário e total do item] / [Valor mensal e total estimado do item]; 5.1.2 Marca; 5.1.3 Fabricante; 5.1.4 Quantidade cotada, devendo respeitar o mínimo especificado na documentação que constitui Anexo deste Edital. 5.2 Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam o licitante/ ETP 4.2.3 Obs. Os preços deverão ser expressos em Reais (R\$) com no máximo 04 (quatro) casas decimais após a vírgula (ex.: R\$ 0,0001), inclusas todas as despesas referentes à execução do fornecimento, sob pena de recusa da proposta apresentada;   |  |   |   |   |  |
| X                | SIMPLIFICADA - JUCEPE                                  | X   |  |        |                          |  | INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES:                         |   |   |   |  |
| X                | SIMPLIFICADA - ESPECÍFICA                              | X   |  |        |                          |  |  |   |   |   |  |
| 8.27             | CONSELHO DE FARMÁCIA                                   | X   |  |        |                          | 6.5 O lance deverá ser ofertado pelo valor unitário do item / 6.7 O licitante somente poderá oferecer lance de [valor inferior] (conforme o critério de julgamento definido no início deste Edital) ao último por ele ofertado e registrado pelo sistema. O intervalo mínimo de diferença de valores entre os lances, que incidirá tanto em relação aos lances intermediários quanto em relação à proposta que cobrir a melhor oferta, deverá ser de INTERVALO MÍNIMO EM ANEXO / 7.8.2 Serão consideradas inexequíveis as propostas cujos valores forem inferiores a 75% (setenta e cinco por cento) do valor orçado pela Administração, observado o disposto na subdivisão subsequente./ 7.8.3 Será exigida garantia adicional do licitante vencedor cuja proposta for inferior a 85% (oitenta e cinco por cento) do valor orçado pela Administração, equivalente à diferença entre este último e o valor da proposta, sem prejuízo das demais garantias exigíveis de acordo com a Lei. |  |   |   |   |  |
| 8.27             | CERTIDÃO FARMÁCIA                                      | X   |  |        |                          |  | INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS: |   |   |   |  |
| 8.27             | DOC. FARMACÊUTICO                                      | X   |  |        |                          | 4.1 Na presente licitação, a fase de habilitação sucederá as fases de apresentação de propostas e lances e de julgamento. / 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, de documentos complementares   |  |   |   |   |  |
|                  | CRC NA PREFEITURA CADFOR                               |   |  |        | Págs                     | DECLARAÇÕES  |  | H | P | F |  |
| 8.36             | CERTIDÃO DO ICMS                                       | X   |  |        |                          | DECL. DE QUE NAO EMPREGA MENOR   |  |   |   |   |  |
| 7.1 CONSULTA     | SICAF  |   |  |        |                          | DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS   |  |   |   |   |  |
| 4.7.1 60%        | ATEST DE CAP TEC PUBLIC.                               | X   |  |        |                          | DEC. DE REQ. DE HAB.   |  |   |   |   |  |
| 4.7.1 60%        | ATEST DE CAP TEC PRIVAD                                | X   |  |        |                          | DADOS DO REPRESENTANTE   |  |   |   |   |  |
|                  | ATEST CAP PUBLIC CONTRATO RELAÇÃO DE APENADOS - TCE SP |   |  |        | 4.3/8.4/8.5/8.6/ 8.33    | CARTA CREDENCIAMENTO   |  |   |   |   |  |
| 7.1 CONSULTA     | CEIS, CNEP, CNJ, CEEP, TCESP, CNCLAI                   |   |  |        |                          | DECLARAÇÃO GERAL   | ANEXO V  | X |   |   |  |
| PG 45            | CBPAD  | X   |  |        |                          | DADOS DA EMPRESA   |  |   |   |   |  |
| PG 45            | BOAS PRATICAS DE TRANSPORTE                            | X   |  |        | 8.41.2 / 8.41.3 / 8.41.4 | CONFORME SOLICITADO NO TR  |  |   |   |   |  |
|                  | CERT PROTESTO DOS SÓCIOS                               |   |  |        |                          |  |  |   |   |   |  |
|                  | 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.    | HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS/SP                          | X   |  |        |                          | RECEB. NOME: _____   | EM: _____  |   |   |   |  |