

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--|---|--|------------------------------|--|---|--|---|--|--|--|-------------------|--|
| DATA DA LEITURA: | | 07/08/2025 | | ORGÃO: | | SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA-BA | | | | | | | |
| CODIGO | | ID: 11206 - ID: 1075406 | | VEENDEDOR: | | ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO | | | | | | | |
| PROCESSO | | Nº 019.15567.2025.0077139-16 | | MODALIDADE: | | PREGÃO ELETRÔNICO Nº 437/2025 | | | | | | | |
| ABERTURA | | 13/08/2025 | | OBJETO: | | MATERIAL HOSPITALAR (CORRELATOS) | | | | | | | |
| HORA | | 10:00 | | VALIDA.PROP. | | 60 DIAS | | | | | | | |
| JULGAMENTO | | LOTE / ITEM | | ENTREGA | | 20 Dias | | | | | | | |
| CASAS DEC.: | | 2 CASAS | | PAGAMENTO | | 10 Dias | | | | | | | |
| LEI 14.133/2021 | | SIM | | PRAZO DA DOC. SISTEMA | | PROPOSTA FINAL + HABILITAÇÃO + DOC TÉCNICA ---> PRAZO 03 HORAS | | | | | | | |
| VIGENCIA | | 90 DIAS | | | | https://licitacoes-e2.bb.com.br | | | | | | | |
| LEITURA POR: | | TALITA PENA | | ENVELOPE | | MODO DISPUTA | | ABERTO E FECHADO | | | | ENVELOPE | |
| Págs | | DOCUMENTOS EXIGIDOS | | H P F | | Págs | | DOCUMENTOS EXIGIDOS | | | | Obs. H P F | |
| 8.2.1.1.1 C | | CONTRATO SOCIAL | | X | | | | AFE COMUM LABORATORIO | | | | | |
| 8.2.1.1.1 C | | 413 ALTERAÇÃO CONS. | | X | | | | AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO | | | | | |
| 8.2.1.1.1 C | | CNH - DOS SÓCIOS | | X | | 8.2.1.1.1 G.1 | | AFE CORRELATO LABORATORIO | | | | VENCEDOR X | |
| 8.2.1.2 a) | | CNPJ. Cod: 6 | | X | | 4.3.1 | | AMOSTRAS | | | | 02 DIAS ÚTEIS X | |
| 8.2.1.2 e) | | FGTS | | X | | 4.9.1.3.1 | | BOAS PRATICAS DE FAB + CPBF ORIGEM + TRADUÇÃO | | | | VENCEDOR X | |
| X | | INSS | | X | | 4.9.1.3.1 | | Para comprova çã o do objeto e da origem, no caso de medicamentos importados ou nacionais, deve ser apresentada a bula do(s) produto(s) cotado(s), acompanhada da petição secundária, quando for o caso, ficando esclarecido que o endereço da unidade fabril deve ser o mesmo do CBPF | | | | VENCEDOR X | |
| 8.2.1.2 d) | | CERT. FEDERAL | | X | | 5.4.4.1 | | INDICAR MARCA/FABRICANTE E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA | | | | PROPOSTA | |
| 8.2.1.2 c) | | CERT. ESTADUAL | | X | | | | PROCEDENCIA E ORIGEM | | | | | |
| 8.2.1.2 c) | | DIVIDA ATIVA ESTADUAL | | | | | | DIGITAR CONFORME ANEXO | | | | | |
| 8.2.1.2 c) | | CERT. MUNICIPAL | | X | | | | REGISTRO DE MEDICAMENTO | | | | | |
| 8.2.1.2 c) | | CERTIDÃO IPTU | | | | 4.9.1.1 | | REGISTRO MATERIAL | | | | VENCEDOR X | |
| 8.2.1.2 b) | | CIM | | X | | | | RG/MS MED - PET 01 () 02 () | | | | | |
| 8.2.1.2 b) | | INSCRIÇÃO ESTADUAL | | X | | 4.9.1.1 | | RG/MS MAT - PET 01 () 02 () | | | | X | |
| 8.2.1.2 f) | | MTE - DÉBITOS TRABALHISTAS | | X | | 4.9.1.1 | | DISPENSA DE REGISTRO | | | | SE FOR O CASO | |
| 8.2.1.3.1 - 2 ÚLTIMOS | | BALANÇO | | X | | X | | Nº DO RG/MS NA PROPOSTA | | | | 13 DIGITOS | |
| X | | CERT. CONTADOR CRC | | X | | 4.9.1.1 | | Nº DO ITEM NO REGISTRO | | | | X | |
| 8.2.1.3.1 | | CERTIDÃO DE FALÊNCIA | | X | | | | LIC. FUN. EST. - CORRE. FABRI. | | | | | |
| | | CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM | | | | | | LIC. FUNC. EST. MED. FRABRI. | | | | | |
| | | CARTÓRIOS PROTESTO | | | | 4.9.1.2 | | VALIDADE DOS PRODUTOS: | | | | MINIMO 12 MESES | |
| | | CERTIDÃO DO FORO | | | | X | | PROPOSTA VIA 1 | | | | X | |
| | | LIC. FUNC. - MEDICAMENTO | | | | | | PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO. | | | | | |
| 8.2.1.1.1 H | | LIC. FUNC. - MATERIAL | | X | | 1.1.2.1.2 | | CATALOGOS | | | | X | |
| | | AFE COMUM - ANVISA | | | | TR | | INSERIR CÓDIGO SIMPAS | | | | PROPOSTA | |
| | | AFE COMUM - DOU | | | | | | | | | | | |
| | | AFE ESPECIAL - ANVISA | | | | PÁG 62 | | INCLUIR NA PROPOSTA DECLARAÇÃO | | | | PROPOSTA | |
| | | AFE ESPECIAL - DOU | | | | | | NÃO ACEITA PROTOCOLO | | | | | |
| 8.2.1.1.1 G | | AFE CORRELATO - ANVISA | | X | | ENVELOPE PROP. | | SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA-BA | | | | X | |
| 8.2.1.1.1 G | | AFE CORRELATOS - DOU | | X | | | | PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO: | | | | | |
| 8.2.1.1.1 H | | ALVARÁ LOCALIZAÇÃO | | X | | | | 5.4.4.1 Informar no campo da descrição do formulário eletrônico a marca do produto. (x) SIM. 5.4.3 O licitante deverá anexar junto à sua proposta declaração de elaboração independente de proposta, conforme modelo integrante deste TR/Habilitação. | | | | | |
| X | | SIMPLIFICADA - JUCEPE | | X | | | | INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES: | | | | | |
| X | | SIMPLIFICADA - ESPECIFICA | | X | | | | 7. Intervalo mínimo de diferença entre lances (degrau de valor ou percentual): 0,01 / PARA EFEITOS DE LANCE NO SISTEMA ELETRÔNICO DO BANCO DO BRASIL (licitações-e), SERÁ CONSIDERADO O PREÇO GLOBAL DE CADA LOTE. | | | | | |
| 8.2.1.4 a) | | CONSELHO DE FARMÁCIA | | X | | | | INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS: | | | | | |
| 8.2.1.4 a) | | CERTIDÃO FARMÁCIA | | X | | | | 10.6 Os documentos de habilitação serão enviados por meio do sistema eletrônico, em formato digital, no prazo 3 (três) horas, prorrogável por igual período, contado da solicitação do responsável pela licitação. 4.3.1 Será procedido ao exame de adequação do objeto mediante: (X) amostra; 4.3.1.2. prazo para entrega da amostra será de 02 (dois) dias uteis. | | | | | |
| 8.2.1.4 a) | | DOC. FARMACÊUTICO | | X | | | | | | | | | |
| 7.1 c) CONSULTA | | CADASTRO DE FORNECEDORES DA BA | | | | Págs | | DECLARAÇÕES | | | | H P F | |
| | | CADFOR | | | | | | DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR | | | | | |
| X | | CERTIDÃO DO ICMS | | X | | | | DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS | | | | | |
| X | | SICAF | | X | | | | DEC. DE REQ. DE HAB. | | | | | |
| 8.3.2 | | ATEST DE CAP TEC PUBLIC. | | X | | | | DADOS DO REPRESENTANTE | | | | | |
| 8.3.2 | | ATEST DE CAP TEC PRIVAD | | X | | | | CARTÁ CREDENCIAMENTO | | | | | |
| | | ATEST CAP PUBLIC CONTRATO | | | | 5.4.3 / 8.2.1.4 B / 12.1 | | DECLARAÇÃO GERAL | | | | X | |
| | | CONSOLIDADA TCU | | | | X | | DADOS DA EMPRESA | | | | X | |
| 7.1 c) CONSULTA | | CERTIDÃO DO CEIS | | | | 8.2.1.3.1 B.5 | | DE ÍNDICE ECONÔMICO-FINANCEIRO | | | | X | |
| | | CERTIDÃO DO CNJ | | | | 5.4.3 | | DE ELABORAÇÃO INDEPENDENTE DE PROPOSTA | | | | X | |
| | | CERTIDÃO DO TCU | | | | | | | | | | | |
| | | BOAS PRATICAS - PGRSS | | | | | | | | | | | |
| | | 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 | | | | | | 8.7 Será desclassificada a proposta que: a) contiver vícios insanáveis; b) não obedecer às especificações técnicas contidas no TR/Habilitação; 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 e/ou seus anexos, desde que insanável. | | | | | |
| | | BOMBEIROS | | | | | | INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA: | | | | | |
| | | IDONEIDADE FINANCEIRA | | | | | | | | | | | |
| | | MANUAL DE BOAS PRÁTICAS | | | | | | OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES: | | | | | |
| X | | PROCURAÇÃO MARIA EMILIA | | X | | | | neuma.lopes@saude.ba.gov.br | | | | | |
| ENVELOPE HAB. | | SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA-BA | | X | | | | RECEB. NOME: _____ EM: _____ | | | | | |