

| | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|--|---|------------------------------|--|-------------|---|---|---|
| DATA DA LEITURA: | 12/09/2025 | ORGÃO: | EBSERH - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO/PB | | | | | | | |
| CÓDIGO | ID 12477 - UASG: 155914 | VENDEDOR: | ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO | | | | | | | |
| PROCESSO | N.º: 23769.009854/2025-31 | MODALIDADE: | PREGÃO ELETRÔNICO SRP N.º 90048/2025 | | | | | | | |
| ABERTURA | 22/09/2025 | OBJETO: | MEDICAMENTOS | | | | | | | |
| HORA | 09:00 | VALIDA PROP. | 90 DIAS | | | | | | | |
| JULGAMENTO | ITEM | ENTREGA | 15 Dias | | | | | | | |
| CASAS DEC.: | 4 CASAS | PAGAMENTO | 30 Dias | | | | | | | |
| LEI 14.133/2021 | SIM | PRAZO DA DOC. | 7.24.4 ADEQUADA + HABILITAÇÃO PRAZO DE 2 HORAS | | | | | | | |
| VIGÊNCIA | 12 MESES | SISTEMA | www.gov.br/compras | | | | | | | |
| LEITURA POR: | MARIA EDUARDA LIMA | ABERTO E FECHADO | | | | | | | | |
| Págs | DOCUMENTOS EXIGIDOS | H | P | F | | | | | | |
| 9.23.3 | CONTRATO SOCIAL | X | | | AFE COMUM LABORATORIO | | | | | |
| 9.23.3 | 41º ALTERAÇÃO CONS. | X | | | AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO | | | | | |
| 9.23.3 | CNH - DOS SÓCIOS | X | | | AFE CORRELATO LABORATORIO | | | | | |
| 9.24.1. | CNPJ. Cod: 6 | X | | | AMOSTRAS | | | | | |
| 9.24.4 | FGTS | X | | | BOAS PRÁTICAS DE FABR. | | | | | |
| 9.24.3 | INSS | X | | | ANEXO I - C - PG 9 | | | | | |
| | | | | | INSERIR DECLARAÇÕES | | | | | |
| 9.24.3 | CERT. FEDERAL | X | | | 6.1.3 | INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO, APRESENTAÇÃO E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA | | | | |
| X | CERT. ESTADUAL | X | | | TR | DIGITAR CONFORME ANEXO | | | | |
| X | DIVIDA ATIVA ESTADUAL | | | | 10.5.4.1.1 | REGISTRO DE MEDICAMENTO | | | | |
| X | CERT. MUNICIPAL | X | | | | REGISTRO MATERIAL | | | | |
| | CERTIDÃO IPTU | | | | | | | | | |
| 9.24.2. | CIM | X | | | 10.5.4.1.1 | RG/MS MED - PET 01 () 02 () | | | | |
| 9.24.2. | INSCRIÇÃO ESTADUAL | X | | | | RG/MS MAT - PET 01 () 02 () | | | | |
| 9.24.5 | MTE - DÉBITOS TRABALHISTAS | X | | | 10.5.4.1.1 | ISENÇÃO DE RG | | | | |
| | MTE - INFRACAO/DEFIC/CRIANC | | | | TR 1.2 | CÓDIGO EBSERH, CATMAT, CÓDIGO AGHUX | | | | |
| 10.5.3.1. 23/24 | BALANÇO | X | | | X | Nº DO RG/MS NA PROPOSTA | | | | |
| X | CERT. CONTADOR CRC | X | | | | Nº DO ITEM NO REGISTRO | | | | |
| 10.5.3.1. | CERTIDÃO DE FALÊNCIA | X | | | | LIC. FUNC. EST. - CORRE. FABR. | | | | |
| | CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM | | | | | LIC. FUNC. EST. MED. FRÁBRI. | | | | |
| | CARTÓRIOS PROTESTO | | | | | VALIDADE DOS PRODUTOS: | | | | |
| | CERTIDÃO DO FORO | | | | | PROPOSTA VIA 1 | | | | |
| 10.5.4.1.2 | LIC. FUNC. - MEDICAMENTO | X | | | | PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO. | | | | |
| | LIC. FUNC. - MATERIAL | | | | | BULA | | | | |
| 10.5.4.1.3 | AFE COMUM - ANVISA | X | | | 8.9.1 | EXEQUIBILIDADE | | | | |
| 10.5.4.1.3 | AFE COMUM - DOU | X | | | TR 10.6.1 | Código GGREM da Tabela CMED. | | | | |
| 10.5.4.1.3 | AFE ESPECIAL - ANVISA | X | | | | PROPOSTA COM FIRMA RECONHECIDA | | | | |
| 10.5.4.1.3 | AFE ESPECIAL - DOU | X | | | | NAO ACEITA PROTOCOLO | | | | |
| | AFE CORRELATO - ANVISA | | | | | ENVELOPE PROP. | | | | |
| | AFE CORRELATOS - DOU | | | | | EBSERH - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO/PB | | | | |
| PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO: | | | | | | X | | | | |
| 10.5.4.1.2 | ALVARÁ LOCALIZAÇÃO | X | | | | 6.1.1. valor unitário e total do item; 6.1.2. quantidade; 6.1.3. marca; 6.1.4. fabricante; 6.1.5. descrição complementar do objeto, contendo as informações similares à especificação do Termo de Referência. 6.4. O licitante deverá declarar, para cada item, em campo próprio do sistema, se o produto ofertado é beneficiado por um dos critérios de margem de preferência indicados no Termo de Referência. 6.5. Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam o licitante. | | | | |
| X | SIMPLIFICADA - JUCEPE | X | | | | | | | | |
| X | SIMPLIFICADA - ESPECÍFICA | X | | | | INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES: | | | | |
| 10.5.4.1.3. | CONSELHO DE FARMÁCIA | X | | | | 7.6. O lance deverá ser ofertado pelo valor unitário do item. 7.9. O intervalo mínimo de diferença de valores ou percentuais entre os lances, que incidirá tanto em relação aos lances intermediários quanto em relação à proposta que cobrir a melhor oferta deverá ser de 0,75% (zero vírgula setenta e cinco por cento). 8.8. É indício de inexequibilidade das propostas valores inferiores a 50% do valor orçado pela Ebsrh | | | | |
| 10.5.4.1.3. | CERTIDÃO FARMÁCIA | X | | | | | | | | |
| 10.5.4.1.3. | DOC. FARMACÊUTICO | X | | | | INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS: | | | | |
| | CRC NA PREFEITURA CADFOR | | | | | 5.1. Na presente licitação, a fase de habilitação sucederá às fases de apresentação de propostas e lances e de julgamento. 7.24.4. O Agente de Licitação 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 | | | | |
| | CERTIDÃO DO ICMS | X | | | | | | | | |
| X | SICAF | | | | | Págs | DECLARAÇÕES | H | P | F |
| 8.1 CONSULTA | ATEST DE CAP TEC PUBLIC. | X | | | | DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR | | | | |
| 10.5.4.1.5. | ATEST DE CAP TEC PRIVAD | X | | | | DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS | | | | |
| 10.5.4.1.5. | ATEST CAP PUBLIC CONTRATO RELAÇÃO DE APENADOS - TCE SP | X | | | | DEC. DE REQ. DE HAB. | | | | |
| | TCU CONSOLIDADA | | | | | DADOS DO REPRESENTANTE | | | | |
| | CERTIDÃO DO CNJ | | | | | CARTA CREDENCIAMENTO | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | |
| | PROCURAÇÃO ERIKA MILLANE | X | | | | | | | | |
| ENVELOPE HAB. | EBSERH - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO/PB | X | | | | | | | | |
| | | | | | | e-mail ucl.huac-ufcg@ebsrh.gov.br | | | | |
| | | | | | | RECEB. NOME: _____ | EM: _____ | | | |