

<b>DATA DA LEITURA:</b> 19/09/2025		<b>ORGÃO:</b>		FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA – FESF-SUS/BA						
<b>CODIGO</b> ID 12645 - ID BB Nº 1078600		<b>VEENDEDOR:</b>		ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO						
<b>PROCESSO</b> Nº 0209.000029/2025-11		<b>MODALIDADE:</b>		PREGÃO ELETRÔNICO Nº 039/2025						
<b>ABERTURA</b> 25/09/2025		<b>OBJETO:</b>		MEDICAMENTOS E MATERIAIS						
<b>HORA</b> 09:00		<b>VALIDA.PROP.</b>		90 DIAS						
<b>JULGAMENTO</b> ITEM		<b>ENTREGA</b>		15 Dias						
<b>CASAS DEC.:</b> 2 CASAS		<b>PAGAMENTO</b>		20 Dias						
<b>LEI 14.133/2021</b> SIM		<b>PRazo DA Doc.</b>		15.22.4. ADEQUADA + BULA PRAZO DE 3 HORAS						
<b>VIGENCIA</b> 12 MESES		<b>SISTEMA</b>		<a href="https://licitacoes-e2.bb.com.br/aop-inter-estatico/">https://licitacoes-e2.bb.com.br/aop-inter-estatico/</a>						
<b>LEITURA POR:</b> MARIA EDUARDA LIMA		<b>MODO DE DISPUTA</b>		<b>ABERTO E FECHADO</b>						
<b>Págs</b>	<b>DOCUMENTOS EXIGIDOS</b>	<b>H</b>	<b>P</b>	<b>F</b>	<b>DOCUMENTOS EXIGIDOS</b>	<b>Obs.</b>	<b>H</b>	<b>P</b>	<b>F</b>	
17.2.1.1 B	CONTRATO SOCIAL	X			AFE COMUM LABORATORIO					
17.2.1.1 B	41ª ALTERAÇÃO CONS.	X			AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO					
17.2.1.1 B	CNH – DOS SOCIOS	X			AFE CORRELATO LABORATORIO					
17.2.2 A	CNPJ. Cod: 6	X			AMOSTRAS	PODERA				
17.2.2 E	FGTS	X			BOAS PRATICAS DE FABRI.	X	X			
17.2.2 D	INSS	X			CBPF DE ORIGEM + TRADUÇÃO	X	X			
17.2.2 D	CERT. FEDERAL	X			INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO, UNIDADE DE MEDIDA E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA	X				
17.2.2 C	CERT. ESTADUAL	X			PROCEDENCIA E ORIGEM					
	DIVIDA ATIVA ESTADUAL				DIGITAR CONFORME ANEXO	ANEXO II				
17.2.2 C	CERT. MUNICIPAL	X			REGISTRO DE MEDICAMENTO	ANVISA E DOU	X			
	CERTIDÃO IPTU				REGISTRO MATERIAL	ANVISA E DOU	X			
17.2.2 B	CIM	X			RG/MS MED - PET 01 ( ) 02 ( )	X				
17.2.2 B	INSCRIÇÃO ESTADUAL	X			RG/MS MAT - PET 01 ( ) 02 ( )	x				
17.2.2 F	MTE – DÉBITOS TRABALHISTAS	X			PROTOCOLO ( )					
	MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ				Nº DO ITEM NO CBPF					
17.2.3 23/24	BALANÇO	X			Nº DO RG/MS NA PROPOSTA	13 DÍGITOS				
X	CERT. CONTADOR CRC	X			Nº DO ITEM NO REGISTRO	X				
17.2.3 B (90 DIAS)	CERTIDÃO DE FALÊNCIA	X			LIC. FUN. EST. - CORRE. FABRI.					
	CARTORIOS DISTRIB/PATRIM				LIC. FUNC. EST. MED. FRABRI.					
	CARTORIOS PROTESTO				VALIDADE DOS PRODUTOS:	12 MESES				
	CERTIDÃO DO FORO				PROPOSTA VIA 1			X		
17.2.4 G	LIC. FUNC. - MEDICAMENTO	X			PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO.					
X	LIC. FUNC. - MATERIAL	X			BULA E CATÁLOGOS	X	X			
17.2.4 E	AFE COMUM - ANVISA	X			EXEQUIBILIDADE	PODERA				
17.2.4 E	AFE COMUM - DOU	X			VALOR ESTIMADO R\$ 1.023.494,00	X				
17.2.4 E	AFE ESPECIAL - ANVISA	X			OBSERVAR LOCAIS DE ENTREGA	X				
17.2.4 E	AFE ESPECIAL - DOU	X			CÓDIGO PMI	PROPOSTA				
X	AFE CORRELATO - ANVISA	X			ENVELOPE PROP.	FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA – FESF-SUS/BA		X		
X	AFE CORRELATOS - DOU	X			<b>PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO:</b>					
17.2.4 G	ALVARÁ LOCALIZAÇÃO	X			12.2.1 A licitante deverá indicar na sua proposta o “valor unitário”, o “valor total do item”, o “valor global”, a “quantidade”, a “marca” e a “descrição detalhada do objeto ofertado”, de forma semelhante ao estabelecido no Termo de Referência - Anexo I, deste Edital./14.1.1. Valor unitário e total do item e valor global da proposta; 14.1.2. Marca; 14.1.3. Quantidade; 14.1.4. Descrição detalhada do objeto ofertado. 14.2. Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam o licitante.					
X	SIMPLIFICADA - JUCEPE	X			<b>INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES:</b>					
X	SIMPLIFICADA - ESPECIFICA	X			6. CRITÉRIO DE JULGAMENTO ( x ) Menor preço ( x ) por item 15.8. 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 0,01 (um centésimo), conforme Termo de Referência/16.9 é índice de inexecução das propostas valores inferiores a 50% do valor orçado pela Administração.					
	CONSELHO DE FARMÁCIA				<b>INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS:</b>					
	CERTIDÃO FARMÁCIA				12.1 Na presente licitação, a fase de habilitação sucederá as fases de apresentação de propostas, de lances e de julgamento./ 15.22.4. O Agente de Contratação o solicitará ao licitante mais bem classificado que, no prazo de 3 horas, envie a proposta adequada ao último lance ofertado após a negociação realizada, acompanhada, se for o caso, dos documentos complementares					
	DOC. FARMACÉUTICO				<b>Págs</b>	<b>DECLARAÇÕES</b>		<b>H</b>	<b>P</b>	<b>F</b>
X	CERTIDÃO DO ICMS	X				DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR				
9.1	SICAF	X				DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS				
17.2.4 B	ATEST DE CAP TEC PUBLIC.	X				DEC. DE REQ. DE HAB.				
17.2.4 B	ATEST DE CAP TEC PRIVAD	X				DADOS DO REPRESENTANTE				
	ATEST CAP PUBLIC CONTRATO				12.5/17.2.4/17.4/17.5/17.6	DECLARAÇÃO GERAL	III, IV, VI	X		
	RELAÇÃO DE APENADOS - TCE SP					DADOS DA EMPRESA		X		
	CERTIDÃO DO CEIS									
16.1. CONSULTA	CEIS, CNEP									
	CERTIDÃO DO TCU									
	CERT PROTESTO DOS SÓCIOS									
	DECRETO FAZENDA MUNICIPAL									
	CERT DISTRIBUIÇÃO FEDERAL									
	CERTIDÃO -TRT 6ª REGIÃO									
	CERT NEG DÉB FISCAIS ESTADO									
						<b>DECLARAÇÕES COM FIRMA RECONHECIDA</b>				
						<b>SERÃO DESCLASSIFICADAS AS PROPOSTA QUE:</b>				
	CONTRATO EMPRESA RESÍDUOS					16.8.1. Contiver vícios insanáveis; 16.8.2. Não obedecer às especificações técnicas contidas no Termo de Referência; 16.8.3. Apresentar preços inexequíveis ou permanecer acima do preço máximo definido para a contratação; 16.8.4. Não tiver sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração; 16.8.5. Apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste Edital ou seus anexos, desde que insanável.				
	BOMBEIROS					<b>INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA:</b>				
	IDONEIDADE FINANCEIRA					5 Híbrido – (participação de qualquer empresa nos itens com valor acima de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais)				
	MANUAL DE BOAS PRÁTICAS					<b>OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:</b>				
X	PROCURAÇÃO ERIKA MILLANE	X				e-mail <a href="mailto:pregoeiroceac@fesfsus.ba.gov.br">pregoeiroceac@fesfsus.ba.gov.br</a>				
ENVELOPE HAB.	FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA – FESF-SUS/BA	X				RECEB. NOME: _____ EM: _____				