

|                  |  |                 |   |   |                 |   |  |   |   |   |
|------------------|--|-----------------|---|---|-----------------|---|--|---|---|---|
| DATA DA LEITURA: | 10/10/2025   | ORGÃO:          | HOSPITAL MUNICIPAL DR. TABAJARA RAMOS/SP  |   |                 |   |  |   |   |   |
| CÓDIGO:          | ID 13069   | VENDEDOR:       | ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO   |   |                 |   |  |   |   |   |
| PROCESSO         | Nº 2025/000183   | MODALIDADE:     | PREGÃO ELETRÔNICO Nº 2025/035   |   |                 |   |  |   |   |   |
| ABERTURA         | 20/10/2025   | OBJETO:         | MEDICAMENTOS  |   |                 |   |  |   |   |   |
| HORA             | 09:00  | VALIDA PROP.    | 90 DIAS   |   |                 |   |  |   |   |   |
| JULGAMENTO       | ITEM   | ENTREGA         | 07 Dias   |   |                 |   |  |   |   |   |
| CASAS DEC.:      | 4 CASAS  | PAGAMENTO       | 30 Dias   |   |                 |   |  |   |   |   |
| LEI 14.133/2021  | SIM  | PRAZO DA DOC.   | 8.1 ADEQUADA + HABILITAÇÃO + RG PRAZO DE 2 HORAS / ASS DIGITAL DISPENSA ORIGINAIS |   |                 |   |  |   |   |   |
| VIGÊNCIA         | 12 MESES   | SISTEMA         | <a href="http://www.bnc.org.br">www.bnc.org.br</a>                                |   |                 |   |  |   |   |   |
| LEITURA POR:     | MARIA EDUARDA LIMA   | MODO DE DISPUTA | ABERTO  |   |                 |   |  |   |   |   |
| Págs             | DOCUMENTOS EXIGIDOS  | H               | P   | F | Págs            | DOCUMENTOS EXIGIDOS   | Obs.                                     | H | P | F |
| 17.1.1.1         | CONTRATO SOCIAL  | X               |   |   |                 | AFE COMUM LABORATORIO   |  |   |   |   |
| 17.1.1.1         | 41 <sup>a</sup> ALTERAÇÃO CONS.  | X               |   |   |                 | AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO  |  |   |   |   |
| 17.1.1.1         | CNH - DOS SÓCIOS   | X               |   |   |                 | AFE CORRELATO LABORATORIO   |  |   |   |   |
| 17.1.3.1         | CNPJ. Cod: 6   | X               |   |   |                 | AMOSTRAS  |  |   |   |   |
| 17.1.3.6         | FGTS   | X               |   |   |                 | BOAS PRATICAS DE FABRI.   |  |   |   |   |
| 17.1.3.3         | INSS   | X               |   |   |                 | CBPF DE ORIGEM + TRADUÇÃO   |  |   |   |   |
| 17.1.3.3         | CERT. FEDERAL  | X               |   |   | 5.2-            | INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA   | X  |   |   |   |
| 17.1.3.4         | CERT. ESTADUAL   | X               |   |   |                 | PROCEDENCIA E ORIGEM  |  |   |   |   |
|                  | DÍVIDA ATIVA ESTADUAL  |                 |   |   | TR              | DIGITAR CONFORME ANEXO  | TR                                       |   |   |   |
| 17.1.3.5         | CERT. MUNICIPAL  | X               |   |   | 5.5.3           | REGISTRO DE MEDICAMENTO   | X  | X |   |   |
|                  | CERTIDÃO IPTU  |                 |   |   |                 | REGISTRO MATERIAL   |  |   |   |   |
| 17.1.3.2         | CIM  | X               |   |   |                 | RG/MS MED - PET 01( ) 02( )   |  |   |   |   |
| 17.1.3.2         | INSCRIÇÃO ESTADUAL   | X               |   |   |                 | RG/MS MAT - PET 01( ) 02( )   |  |   |   |   |
| 17.1.3.7         | MTE - DÉBITOS TRABALHISTAS   | X               |   |   |                 | PROTOCOLO ( )   |  |   |   |   |
|                  | MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/crianç  |                 |   |   |                 | Nº DO ITEM NO CBPF  |  |   |   |   |
|                  | BALANÇO  |                 |   |   | X               | Nº DO RG/MS NA PROPOSTA   | 13 DÍGITOS                               |   |   |   |
|                  | CERT. CONTADOR CRC   |                 |   |   |                 | Nº DO ITEM NO REGISTRO  |  |   |   |   |
| 17.1.4.1         | CERTIDÃO DE FALÊNCIA   | X               |   |   |                 | LIC. FUN. EST. CORRE. FABRI.  |  |   |   |   |
| 17.1.4.1         | CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM   | X               |   |   |                 | LIC. FUNC. EST. MED. FRABRI.  |  |   |   |   |
|                  | CARTÓRIOS PROTESTO   |                 |   |   | 1.3.2           | VALIDADE DOS PRODUTOS:  | 12 MESES                                 |   |   |   |
|                  | CERTIDÃO DO FORO   |                 |   |   |                 | PROPOSTA VIA 1  |  | X |   |   |
| 5.5.2-           | LIC. FUNC. - MEDICAMENTO   | X               |   |   |                 | PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO.   |  |   |   |   |
|                  | LIC. FUNC. - MATERIAL  |                 |   |   |                 | BULA  |  |   |   |   |
| 5.5.1            | AFE COMUM - ANVISA   | X               |   |   | 7.6.2           | EXEQUIBILIDADE  | PODERA                                   |   |   |   |
| 5.5.1            | AFE COMUM - DOU  | X               |   |   | TR 1.1          | CÓDIGO PMI  | PROPOSTA                                 |   |   |   |
| 5.5.1            | AFE ESPECIAL - ANVISA  | X               |   |   | ANEXO B - PG 31 | INSERIR DECLARAÇÕES   | PROPOSTA                                 |   |   |   |
| 5.5.1            | AFE ESPECIAL - DOU   | X               |   |   |                 | NÃO ACEITA PROTOCOLO  |  |   |   |   |
|                  | AFE CORRELATO - ANVISA   |                 |   |   |                 | ENVELOPE PROP.  | HOSPITAL MUNICIPAL DR. TABAJARA RAMOS/SP |   | X |   |
|                  | AFE CORRELATOS - DOU   |                 |   |   |                 | PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO:   |  |   |   |   |
| 5.5.2-           | ALVARÁ LOCALIZAÇÃO   | X               |   |   |                 | 4.1.1- Ao oferecer sua proposta no sistema eletrônico, o licitante deverá observar rigorosamente a descrição detalhada do item cotado, informando marca/fabricante (se for o caso) em campo próprio do sistema, número do registro em órgão competente (se for o caso), preço unitário e total do item, com no máximo 04 (quatro) casas decimais a vírgula.5.2- O licitante deverá enviar a sua proposta inicial mediante o preenchimento, no sistema eletrônico, dos campos de Valor unitário ou Valor Total, conforme critério de julgamento adotado, em moeda nacional, e, se solicitado, marca/fabricante5.5- 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:  |  |   |   |   |
|                  | CONSELHO DE FARMÁCIA   |                 |   |   |                 | CRITÉRIO DE JULGAMENTO: MENOR PREÇO POR ITEM/INTERVALO MÍNIMO DE 1,00%./6.6- O lance deverá ser ofertado pelo valor global. / 7.6- No caso de bens e serviços em geral, é indicio de inexequibilidade das propostas valores inferiores a 50% do valor orçado pelo Hospital Municipal.   |  |   |   |   |
|                  | CERTIDÃO FARMÁCIA  |                 |   |   |                 | INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS:  |  |   |   |   |
|                  | DOC. FARMACÊUTICO  |                 |   |   |                 | 8.1- O pregoeiro solicitará ao licitante mais bem classificado que, no prazo de 02 (duas) horas, envie a proposta adequada ao último lance ofertado após a negociação realizada, em campo próprio do Sistema, acompanhada dos documentos técnicos conforme elencados no ANEXO A e, se for o caso, de documentos complementares  |  |   |   |   |
|                  | CRC NA PREFEITURA  |                 |   |   |                 | Págs  | DECLARAÇÕES                              | H | P | F |
| 17.1.3.4         | INSCRITOS E N INSCRITOS  | X               |   |   |                 | DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR  |  |   |   |   |
| 17.1.3.4         | CERTIDÃO DO ICMS   | X               |   |   |                 | DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS  |  |   |   |   |
|                  | SICAF  |                 |   |   |                 | DEC. DE REQ. DE HAB.  |  |   |   |   |
| 17.1.2.1.1       | ATEST DE CAP TEC PUBLIC.   | X               |   |   |                 | DADOS DO REPRESENTANTE  |  |   |   |   |
| 17.1.2.1.1       | ATEST DE CAP TEC PRIVAD  | X               |   |   |                 | CARTA CREDENCIAMENTO  |  |   |   |   |
|                  | ATEST CAP PUBLIC CONTRATO  |                 |   |   | 4.2/17.1.5.1    | DECLARAÇÃO GERAL  | III,                                     | X |   |   |
|                  | RELAÇÃO DE APENADOS - TCE SP   |                 |   |   |                 | DADOS DA EMPRESA  |  | X |   |   |
| 10.2 CONSULTA    | TCE SP, CGU-PJ, CEIS, CNEP e CEPIM   |                 |   |   |                 | UNIFICADA   | ANEXO I DO TR                            | X |   |   |
|                  | CERTIDAO DO CNJ  |                 |   |   |                 |   |  |   |   |   |
|                  | CERTIDÃO DO TCU  |                 |   |   |                 |   |  |   |   |   |
|                  | CERT PROTESTO DOS SÓCIOS   |                 |   |   |                 |   |  |   |   |   |
|                  | DECRETO FAZENDA MUNICIPAL  |                 |   |   |                 |   |  |   |   |   |
|                  | CERT DISTRIBUIÇÃO FEDERAL  |                 |   |   |                 |   |  |   |   |   |
|                  | CERTIDÃO - TRT 6 <sup>a</sup> REGIÃO   |                 |   |   |                 |   |  |   |   |   |
|                  | CERT NEG DÉB FISCAIS ESTADO  |                 |   |   |                 |   |  |   |   |   |
|                  | CONTRATO EMPRESA RESÍDUOS  |                 |   |   |                 |   |  |   |   |   |
|                  | BOMBEIROS  |                 |   |   |                 |   |  |   |   |   |
|                  | IDONEIDADE FINANCEIRA  |                 |   |   |                 |   |  |   |   |   |
|                  | MANUAL DE BOAS PRÁTICAS  |                 |   |   |                 |   |  |   |   |   |
|                  | DECLARAÇÕES COM FIRMA RECONHECIDA  |                 |   |   |                 |   |  |   |   |   |
|                  | SERÃO DESCLASSIFICADAS AS PROPOSTA QUE:  |                 |   |   |                 |   |  |   |   |   |
|                  | 6.2- Será desclassificada a proposta que identifique o licitante;/7.5.1- Contiver vículos insanáveis; 7.5.2- Não obedecer às especificações técnicas contidas no Termo de Referência; 7.5.3- Apresentar preços inexequíveis ou permanecerem acima do preço máximo definido para a contratação; 7.5.4- Não tiverem sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pelo Hospital Municipal; 7.5.5- Apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste Edital ou seus anexos, desde que insanável. 7.5.4- A negociação poderá ser feita com os demais licitantes, segundo a ordem de classificação inicialmente estabelecida, quando o primeiro colocado mesmo após a negociação for desclassificado. |                 |   |   |                 |   |  |   |   |   |
|                  | INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA:   |                 |   |   |                 |   |  |   |   |   |
|                  | OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:   |                 |   |   |                 |   |  |   |   |   |
| X                | PROCURAÇÃO ERIKA MILLANE   | X               |   |   |                 |   |  |   |   |   |
| ENVELOPE HAB.    | HOSPITAL MUNICIPAL DR. TABAJARA RAMOS/SP   | X               |   |   |                 | RECEB. NOME: _____  | EM: _____                                |   |   |   |