

<b>DATA DA LEITURA:</b> 28/10/2025		<b>ORGÃO:</b>		<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PAULISTA/PE</b>						
<b>CODIGO</b> ID 13585		<b>VENDEDOR:</b>		ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO						
<b>PROCESSO</b> Nº 052/2025		<b>MODALIDADE:</b>		PREGÃO ELETRÔNICO Nº 018/2025						
<b>ABERTURA</b> 04/11/2025		<b>OBJETO:</b>		MEDICAMENTOS						
<b>HORA</b> 09:00		<b>VALIDA.PROP.</b>		60 DIAS						
<b>JULGAMENTO</b> ITEM		<b>ENTREGA</b>		15 DIAS						
<b>CASAS DEC.:</b> 2 CASAS		<b>PAGAMENTO</b>		30 DIAS						
<b>LEI 14.133/2021</b> SIM		<b>PRAZO DA DOC.</b>		READEQUADA + HABILITAÇÃO, VIA SISTEMA, PRAZO 2H;						
<b>VIGENCIA</b> 12 MESES		<b>SISTEMA</b>		<a href="http://www.bnc.org.br">www.bnc.org.br</a>						
<b>LEITURA POR:</b> JOICE EDUARDA		<b>MODO DE DISPUTA</b>		<b>ABERTO</b>						
<b>Págs</b>	<b>DOCUMENTOS EXIGIDOS</b>	<b>H</b>	<b>P</b>	<b>F</b>	<b>Págs</b>	<b>DOCUMENTOS EXIGIDOS</b>	<b>Obs.</b>	<b>H</b>	<b>P</b>	<b>F</b>
18.6.3	CONTRATO SOCIAL	X				AFE COMUM LABORATORIO				
18.6.6	413 ALTERAÇÃO CONS.	X				AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO				
18.6.3	CNH – DOS SÓCIOS	X			2.1	VALOR ESTIMADO: R\$ 5.593.564,80	X			
18.7.1	CNPJ. Cod: 6	X			3.6	catálogo, protótipo e amostra dos produtos	SE SOLICITADO			
18.7.4	FGTS	X				BOAS PRATICAS DE FABRI.				
18.7.3	INSS	X				CBPF DE ORIGEM + TRADUÇÃO				
18.7.3	CERT. FEDERAL	X			x	INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA	ANEXO I - TR			
18.7.6	CERT. ESTADUAL	X				PROCEDÊNCIA E ORIGEM				
	DIVIDA ATIVA ESTADUAL					DIGITAR CONFORME ANEXO				
18.7.6	CERT. MUNICIPAL	X			3.5	REGISTRO DE MEDICAMENTO	OU ISENÇÃO	X		
	CERTIDÃO IPTU					REGISTRO MATERIAL				
18.7.2	CIM	X				RG/MS MED - PET 01 ( ) 02 ( )				
18.7.2	INSCRIÇÃO ESTADUAL	X				RG/MS MAT - PET 01 ( ) 02 ( )				
18.7.5	MTE - DÉBITOS TRABALHISTAS	X			2.2	CÓDIGO CATMAT	PROPOSTA			
	MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ					Nº DO ITEM NO CBPF				
18.8.2 (2023/2024)	BALANÇO	X			x	Nº DO RG/MS NA PROPOSTA	13 DÍGITOS			
18.8.2.1	CERT. CONTADOR CRC	X			3.5	Nº DO ITEM NO REGISTRO	X			
18.8.1 (60 DIAS)	CERTIDÃO DE FALÊNCIA	X			7.1	GARANTIA CONTRATUAL: 1%	CONTRATO			
	CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM					LIC. FUNC. EST. MED. FRABRI.				
	CARTÓRIOS PROTESTO					VALIDADE DOS PRODUTOS:				
	CERTIDÃO DO FORO					PROPOSTA VIA 1			X	
3.1.4.1.	LIC. FUNC. - MEDICAMENTO	X				PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO.				
	LIC. FUNC. - MATERIAL					BULA				
3.1.4.2.	AFE COMUM - ANVISA	X			17.6	EXEQUIBILIDADE	PODERÁ			
3.1.4.2.	AFE COMUM - DOU	X			ANEXO II - pág 39	INSERIR DECLARAÇÕES	PROPOSTA			
3.1.4.2.	AFE ESPECIAL - ANVISA	X				PROPOSTA COM FIRMA RECONHECIDA				
3.1.4.2.	AFE ESPECIAL - DOU	X				NÃO ACEITA PROTOCOLO				
	AFE CORRELATO - ANVISA					ENVELOPE PROP.	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PAULISTA/PE		X	
	AFE CORRELATOS - DOU					<b>PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO:</b>				
3.1.4.1.	ALVARÁ LOCALIZAÇÃO	X				11.1 A licitante deverá especificar o (s) PREÇO (S) GLOBAL (IS) do (s) item (ns) que compõe(m) o(s) lote/ item(s) nos quais pretende concorrer, os quais serão totalizados automaticamente pelo sistema, resultando no preço final. 11.2 Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam a Contratada.				
18.8.3 (10%)	SIMPLIFICADA - JUCEPE	X				<b>INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES:</b>				
18.8.3 (10%)	SIMPLIFICADA - ESPECIFICA	X				17.3 Os licitantes ficam advertidos de que é indício de inexequibilidade das propostas valores inferiores a 50%; ESCLARECIMENTO: não haverá intervalo mínimo entre lances, considerando que alguns valores unitários da disputa são muito baixos.				
3.5	CONSELHO DE FARMÁCIA	X				<b>INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS:</b>				
3.5	CERTIDÃO FARMÁCIA	X				18.2 Havendo a necessidade de envio de documentos de habilitação complementares, necessários à confirmação daqueles exigidos neste Edital e já apresentados, o licitante será convocado a encaminhá-los, em formato digital, via sistema BNC, no prazo de 02 (duas) horas. 18.17 O licitante provisoriamente vencedor em um lote/ item, que estiver concorrendo em outro lote/ item, ficará obrigado a comprovar os requisitos de habilitação cumulativamente. 18.20 Todos os documentos de habilitação o deste edital, deverão o ser anexados em campo próprio do sistema BNC,				
	DOC. FARMACÊUTICO	X								
	CRC NA PREFEITURA				Págs	DECLARAÇÕES		H	P	F
	CADFOR					DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR				
	CERTIDÃO DO ICMS					DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS				
	SICAF					DEC. DE REQ. DE HAB.				
18.9.1 / 18.10	ATEST DE CAP TEC PUBLIC.	X				DADOS DO REPRESENTANTE				
18.9.1 / 18.10	ATEST DE CAP TEC PRIVAD	X				CARTA CREDENCIAMENTO				
	ATEST CAP PUBLIC CONTRATO				9.5 b) / 18.7.7 / 18.21	DECLARAÇÃO UNIFICADA	ANEXO V	X		
18.1.1 CONSULTA	CONSOLIDADA TCU				X	DADOS DA EMPRESA	X	X		
	CERTIDÃO DO CEIS									
	CERTIDÃO DO CNJ									
	CERTIDÃO DO TCU									
	CERT PROTESTO DOS SÓCIOS									
	DECRETO FAZENDA MUNICIPAL									
	CERT DISTRIBUIÇÃO FEDERAL									
	CERTIDÃO -TRT 6ª REGIÃO					DECLARAÇÕES COM FIRMA RECONHECIDA				
18.8.2.4	DECLARAÇÃO DO CONTADOR	X				<b>SERÃO DESCLASSIFICADAS AS PROPOSTA QUE:</b>				
	CONTRATO EMPRESA RESÍDUOS					3.7 No caso de não haver entrega de amostra, ou ocorrer atraso na entrega, sem justificativa ou com justificativa não aceita pelo (a) Pregoeiro (a), ou houver entrega de amostra para homologação fora das especificações previstas no Termo de Referência, a proposta do concorrente poderá ser desclassificada. 13.6.1 Também será desclassificada a proposta que identifique o licitante. 17.2 Será desclassificada a proposta ou o lance vencedor, que apresentar preço final superior ao preço máximo fixado (Acórdão nº 1455/2018 -TCU - Plenário), ou que apresentar preço manifestamente inexequível.				
	BOMBEIROS					<b>INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA:</b>				
	IDONEIDADE FINANCEIRA					ITENS DESTINADOS PARA AMPLA CONCORRÊNCIA E ME/EPP				
	MANUAL DE BOAS PRÁTICAS					<b>OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:</b>				
9.5 a)	PROCURAÇÃO ERIKA MILLANE	X				PREGOEIRO: : Eliza Maria Alves de Araújo; E-MAIL: comissao1.saude@gmail.com				
ENVELOPE HAB.	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PAULISTA/PE	X				RECEB. NOME: _____ EM: _____				