

DATA DA LEITURA:	24/11/2025	ORGÃO:	PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA/PB – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS							
CODIGO	ID 14255 - UASG: 930213	VENDEDOR:	ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO							
PROCESSO	Nº 21.422/2025	MODALIDADE:	PREGÃO ELETRÔNICO: 13.065/2025							
ABERTURA	01/12/2025	OBJETO:	MEDICAMENTOS							
HORA	09:00	VALIDA.PROP.	90 DIAS							
JULGAMENTO	ITEM	ENTREGA	No mínimo, 30% até 15 dias; 70% até 45 dias							
CASAS DEC.:	2 CASAS	PAGAMENTO	30 DIAS							
LEI 14.133/2021	SIM	PRAZO DA DOC.	READEQUADA + PLANILHA DE CUSTOS + HABILITAÇÃO, VIA SISTEMA, PRAZO 2H;							
VIGENCIA	12 MESES	SISTEMA	www.gov.br/compras/pt-br/							
LEITURA POR:	JOICE EDUARDA	MODO DE DISPUTA	ABERTO E FECHADO							
Págs	DOCUMENTOS EXIGIDOS	H	P	F	Págs	DOCUMENTOS EXIGIDOS	Obs.	H	P	F
9.5.	CONTRATO SOCIAL	X			18.1.3.	AFE COMUM LABORATORIO	X	X		
9.12.	41ª ALTERAÇÃO CONS.	X			18.1.3.	AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO	X	X		
9.5.	CNH – DOS SÓCIOS	X				AFE CORRELATO LABORATORIO				
9.13.	CNPJ. Cod: 6	X			8.12.	AMOSTRAS	PODERÁ			
9.15.	FGTS	X				BOAS PRATICAS DE FABRI.				
9.14.	INSS	X				CBPF DE ORIGEM + TRADUÇÃO				
9.14.	CERT. FEDERAL	X			6.1.2. / 6.1.3.	INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA	ANEXO I - TR			
9.18.	CERT. ESTADUAL	X				PROCEDENCIA E ORIGEM				
	DIVIDA ATIVA ESTADUAL					DIGITAR CONFORME ANEXO				
9.18.	CERT. MUNICIPAL	X			18.1.2. a)	REGISTRO DE MEDICAMENTO	ANVISA E DOU	X		
	CERTIDÃO IPTU					REGISTRO MATERIAL				
9.17.	CIM	X			18.1.2. e)	RG/MS MED - PET 01 () 02 ()	SE FOR O CASO	X		
9.17.	INSCRIÇÃO ESTADUAL	X			18.1.2. f)	Notificação Simplificada + Cert. de dispensa + Rótulo	PODERÁ	X		
9.16.	MTE – DEBITOS TRABALHISTAS	X			8.11.	MANIFESTAÇÃO ESCRITA				
	MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ					Nº DO ITEM NO CBPF				
9.22. 2023/2024	BALANÇO	X			X	Nº DO RG/MS NA PROPOSTA	13 DÍGITOS			
X	CERT. CONTADOR CRC	X			18.1.2. d)	Nº DO ITEM NO REGISTRO	X			
9.21. 120 DIAS	CERTIDÃO DE FALÊNCIA	X				LIC. FUNC. EST. - CORRE. FABRI.				
	CARTÓRIOS DISTRIB.PATRIM					LIC. FUNC. EST. MED. FRABRI.				
	CARTÓRIOS PROTESTO				TR 13.1.	VALIDADE DOS PRODUTOS:	MÍNIMO 75%			
	CERTIDÃO DO FORO					PROPOSTA VIA 1			X	
18.1.4.	LIC. FUNC. - MEDICAMENTO	X				PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO.				
	LIC. FUNC. - MATERIAL				18.1.2. f)	BULA + Nº DO ITEM	X	X		
18.1.3.	AFE COMUM - ANVISA	X			8.8.	EXEQUIBILIDADE	PODERÁ			
18.1.3.	AFE COMUM - DOU	X			TR 1.1.	CÓDIGO CATMAT	PROPOSTA			
18.1.3.	AFE ESPECIAL - ANVISA	X				PROPOSTA COM FIRMA RECONHECIDA				
18.1.3.	AFE ESPECIAL - DOU	X				NAO ACEITA PROTOCOLO				
	AFE CORRELATO - ANVISA				ENVELOPE PROP.	PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA/PB – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS			X	
	AFE CORRELATOS - DOU				PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO:					
18.1.4.	ALVARÁ LOCALIZAÇÃO	X			6.1. O licitante deverá enviar sua proposta mediante o preenchimento, no sistema eletrônico, dos seguintes campos: 6.1.1. Valor unitário e total do item; 6.1.2. Marca; 6.1.3. Fabricante; 6.1.4. Quantidade cotada. 6.2. Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam o licitante.					
9.22.2. 10%	SIMPLIFICADA - JUCEPE	X			INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES:					
9.22.2. 10%	SIMPLIFICADA - ESPECIFICA	X			7.5. O lance deverá ser ofertado pelo VALOR UNITÁRIO DO ITEM, sendo considerado 02 (duas) casas decimais. 7.8. O licitante poderá, uma única vez, excluir seu último lance ofertado, no intervalo de quinze segundos após o registro no sistema, na hipótese de lance inconsistente ou inexequível. 8.7. é indicio de inexequibilidade das propostas valores inferiores a 50%; Intervalo Mínimo entre Lances (R\$): 0,01.					
	CONSELHO DE FARMÁCIA				INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS:					
	CERTIDÃO FARMÁCIA				7.18.4. O pregoeiro solicitará ao licitante mais bem classificado que, no prazo de 2 (duas) horas, envie a proposta adequada, acompanhada, se for o caso, dos documentos complementares. 7.18.5. A licitante deverá demonstrar de maneira clara a composição do preço de cada item constante de sua proposta, através de Planilha de Custos. 9.32.1. Os documentos exigidos para habilitação que não estejam contemplados no Sicaf serão enviados por meio do sistema, em formato digital, no prazo de NO MÍNIMO, DUAS HORAS					
	DOC. FARMACÊUTICO				Págs	DECLARAÇÕES		H	P	F
	CRC NA PREFEITURA					DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR				
	CADFOR					DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS				
8.1.1. CONSULTA	SICAF					DEC. DE REQ. DE HAB.				
18.1.1. 10%	ATEST DE CAP TEC PUBLIC.	X				DADOS DO REPRESENTANTE				
	ATEST DE CAP TEC PRIVAD					CARTA CREDENCIAMENTO				
	ATEST CAP PUBLIC CONTRATO				9.28. / 9.29.	DECLARAÇÃO UNIFICADA	X	X		
	CONSOLIDADA TCU				X	DADOS DA EMPRESA	X	X		
8.1.2. / 8.1.3. CONSULTA	CERTIDÃO DO CEIS/CNEP									
	CERTIDÃO DO CNJ									
	CERTIDÃO DO TCU									
	CERT PROTESTO DOS SÓCIOS									
	DECRETO FAZENDA MUNICIPAL									
	CERT DISTRIBUIÇÃO FEDERAL									
	CERTIDÃO -TRT 6ª REGIÃO					DECLARAÇÕES COM FIRMA RECONHECIDA				
18.1.3.	AFE TRANSPORTE	X			SERÃO DESCLASSIFICADAS AS PROPOSTA QUE:					
	CONTRATO EMPRESA RESÍDUOS				7.18.5.2. A não apresentação da Planilha não acarretará na desclassificação do licitante. 8.6. Será desclassificada a proposta vencedora que: 8.6.1. Contiver vícios insanáveis; 8.6.2. Não obedecer às especificações técnicas contidas no Termo de Referência; 8.6.3. Apresentar preços inexequíveis ou permanecerem acima do preço máximo definido para a contratação; 8.6.4. Não tiverem sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração; 8.6.5. Apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste Edital ou seus anexos, desde que insanável.					
	BOMBEIROS				INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA:					
	IDONEIDADE FINANCEIRA				4.6. Na relação dos itens haverá AMPLA CONCORRÊNCIA podendo participar todas e quaisquer empresas. 4.7. O restante dos itens será destinado à PARTICIPAÇÃO EXCLUSIVA					
	MANUAL DE BOAS PRÁTICAS				OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:					
X	PROCURAÇÃO ERIKA MILLANE	X			♦ Fone: (83)3213-7534 ♦ Email: cel.smsjp@gmail.com					
ENVELOPE HAB.	PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA/PB – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS	X			RECEB. NOME: _____ EM: _____					