

|                  |  |   |  |               |  |   |  |        |  |                       |  |   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
|------------------|--|---|--|---------------|--|---|--|--------|--|-----------------------|--|---|--|---------------|--|-----|--|---|--|---|--|
| DATA DA LEITURA: |  | 25/11/2025  |  | ORGÃO:        |  | CONSORCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO E SAÚDE DA REGIÃO ITABERABA/SEABRA – CHAPADA UNIDA/BA |  |        |  |                       |  |   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
| CODIGO           |  | ID 14267  |  | VEENDEDOR:    |  | ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO   |  |        |  |                       |  |   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
| PROCESSO         |  | Nº 061/2025   |  | MODALIDADE:   |  | PREGÃO ELETRÔNICO Nº 005/2025   |  |        |  |                       |  |   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
| ABERTURA         |  | 01/12/2025  |  | OBJETO:       |  | MEDICAMENTOS  |  |        |  |                       |  |   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
| HORA             |  | 09:00   |  | VALIDA.PROP.  |  | 60 DIAS   |  |        |  |                       |  |   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
| JULGAMENTO       |  | LOTE  |  | ENTREGA       |  | 08 DIAS   |  |        |  |                       |  |   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
| CASAS DEC.:      |  | 2 CASAS   |  | PAGAMENTO     |  | 30 DIAS   |  |        |  |                       |  |   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
| LEI 14.133/2021  |  | SIM   |  | PRAZO DA DOC. |  | READEQUADA C/A. DIGITAL + HABILITAÇÃO, VIA SISTEMA, PRAZO 2H;                           |  |        |  |                       |  |   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
| VIGENCIA         |  | 12 MESES  |  | SISTEMA       |  | www.portaldecompraspublicas.com.br  |  |        |  |                       |  |   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
| LEITURA POR:     |  | JOICE EDUARDA   |  |               |  | MODO DE DISPUTA   |  | ABERTO |  |                       |  |   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
| Págs             |  | DOCUMENTOS EXIGIDOS   |  | H             |  | P   |  | F      |  | Págs                  |  | DOCUMENTOS EXIGIDOS   |  | Obs.          |  | H   |  | P |  | F |  |
| 9.4.             |  | CONTRATO SOCIAL   |  | X             |  |   |  |        |  | TR 6.1.8. a)          |  | AFE COMUM LABORATORIO   |  | X             |  | X   |  |   |  |   |  |
| 9.10.            |  | 41ª ALTERAÇÃO CONS.   |  | X             |  |   |  |        |  | TR 6.1.8. a)          |  | AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO  |  | X             |  | X   |  |   |  |   |  |
| 9.8.             |  | CNH – DOS SÓCIOS  |  | X             |  |   |  |        |  | 7.21.                 |  | MANIFESTAÇÃO ESCRITA  |  | PODERÁ        |  |     |  |   |  |   |  |
| 10.1.            |  | CNPJ. Cod: 6  |  | X             |  |   |  |        |  | 7.22.                 |  | AMOSTRAS  |  | PODERÁ        |  |     |  |   |  |   |  |
| 10.4.            |  | FGTS  |  | X             |  |   |  |        |  | TR 6.1.8. c)          |  | BOAS PRATICAS DE FABRI.   |  | X             |  | X   |  |   |  |   |  |
| 10.3.            |  | INSS  |  | X             |  |   |  |        |  | TR 6.1.8. c)          |  | CBPF DE ORIGEM + TRADUÇÃO   |  | IMPORTADOS    |  | X   |  |   |  |   |  |
| 10.3.            |  | CERT. FEDERAL   |  | X             |  |   |  |        |  | 5.1 / TR 6.1.5.       |  | Nome comercial, o nome do produto farmacêutico de acordo com (DCB) ou (DCI), fabricante, composição, peso, volume líquido contido no frasco e quantidade de unidades por embalagem:   |  | ANEXO I - TR  |  |     |  |   |  |   |  |
| 10.6.            |  | CERT. ESTADUAL  |  | X             |  |   |  |        |  | TR 6.1.7.             |  | PROCEDÊNCIA E ORIGEM  |  | PROPOSTA      |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  | DIVIDA ATIVA ESTADUAL   |  |               |  |   |  |        |  |                       |  | DIGITAR CONFORME ANEXO  |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
| 10.7.            |  | CERT. MUNICIPAL   |  | X             |  |   |  |        |  | 12.6. / TR 6.1.1.     |  | REGISTRO DE MEDICAMENTO   |  | OU ISENÇÃO    |  | X   |  |   |  |   |  |
| 10.7.            |  | CERTIDÃO IPTU   |  | X             |  |   |  |        |  |                       |  | REGISTRO MATERIAL   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
| 10.2.            |  | CIM   |  | X             |  |   |  |        |  | TR 6.1.7. d)          |  | RG/MS MED - PET 01 ( ) 02 ( )   |  | SE FOR O CASO |  | X   |  |   |  |   |  |
| 10.2.            |  | INSCRIÇÃO ESTADUAL  |  | X             |  |   |  |        |  |                       |  | RG/MS MAT - PET 01 ( ) 02 ( )   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
| 10.5.            |  | MTE – DÉBITOS TRABALHISTAS  |  | X             |  |   |  |        |  |                       |  | PROTOCOLO ( )   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  | MTE - INFRAÇÃO/DEFC/CRIANÇ  |  |               |  |   |  |        |  |                       |  | Nº DO ITEM NO CBPF  |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
| 11.2. 2023/2024  |  | BALANÇO   |  | X             |  |   |  |        |  | TR 6.1.6. / 6.1.7. d) |  | Nº DO RG/MS NA PROPOSTA   |  | 13 DÍGITOS    |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  | CERT. CONTADOR CRC  |  |               |  |   |  |        |  |                       |  | Nº DO ITEM NO REGISTRO  |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
| 11.1. 30 DIAS    |  | CERTIDÃO DE FALÊNCIA  |  | X             |  |   |  |        |  |                       |  | LIC. FUN. EST. - CORRE. FABRI.  |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  | CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM  |  |               |  |   |  |        |  |                       |  | LIC. FUNC. EST. MED. FRABRI.  |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  | CARTÓRIOS PROTESTO  |  |               |  |   |  |        |  | TR 6.1.9. a)          |  | VALIDADE DOS PRODUTOS:  |  | 24 MESES      |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  | CERTIDÃO DO FORO  |  |               |  |   |  |        |  |                       |  | PROPOSTA VIA 1  |  |               |  |     |  | X |  |   |  |
| 12.5.            |  | LIC. FUNC. - MEDICAMENTO  |  | X             |  |   |  |        |  | TR 6.1.2.             |  | Os medicamentos entregues em seringa preenchida deverão o apresentar dispositivo de segurança que atenda a NR32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde do Ministério do Trabalho e Emprego;   |  | PROPOSTA      |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  | LIC. FUNC. - MATERIAL   |  |               |  |   |  |        |  |                       |  | BULA  |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
| 12.3.            |  | AFE COMUM - ANVISA  |  | X             |  |   |  |        |  | TR 17.1.              |  | VALOR ESTIMADO: R\$ 271.421,60  |  | X             |  |     |  |   |  |   |  |
| 12.3.            |  | AFE COMUM - DOU   |  | X             |  |   |  |        |  | ANEXO II - PÁG 31     |  | INSERIR DECLARAÇÕES   |  | PROPOSTA      |  |     |  |   |  |   |  |
| 12.3.            |  | AFE ESPECIAL - ANVISA   |  | X             |  |   |  |        |  |                       |  | PROPOSTA COM FIRMA RECONHECIDA  |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
| 12.3.            |  | AFE ESPECIAL - DOU  |  | X             |  |   |  |        |  |                       |  | NÃO ACEITA PROTOCOLO  |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  | AFE CORRELATO - ANVISA  |  |               |  |   |  |        |  | ENVELOPE PROP.        |  | CONSORCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO E SAÚDE DA REGIÃO ITABERABA/SEABRA – CHAPADA UNIDA/BA   |  |               |  |     |  | X |  |   |  |
|                  |  | AFE CORRELATOS - DOU  |  |               |  |   |  |        |  |                       |  | PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO:   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
| 12.5.            |  | ALVARÁ LOCALIZAÇÃO  |  | X             |  |   |  |        |  |                       |  | 5.1 O licitante deverá enviar sua proposta mediante o preenchimento, no sistema eletrônico, dos seguintes campos: ★ Valor unitário ou desconto, conforme o caso do item; ★ Marca; ★ Fabricante; 5.3 Todas as especificações do objeto contidas na proposta vincular o licitante.  |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  | SIMPLIFICADA - JUCEPE   |  |               |  |   |  |        |  |                       |  | INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES:  |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  | SIMPLIFICADA - ESPECÍFICA   |  |               |  |   |  |        |  |                       |  | 6.5 O lance deverá ser ofertado conforme o critério de julgamento do item; 6.8 O intervalo mínimo deverá ser de R\$ 1,00 (UM REAL). 6.9 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. 7.16. é indicio de inexequibilidade das propostas valores inferiores a 50%   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
| 12.4.            |  | CONSELHO DE FARMÁCIA  |  | X             |  |   |  |        |  |                       |  | INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS:  |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
| 12.4.            |  | CERTIDÃO FARMÁCIA   |  | X             |  |   |  |        |  |                       |  | 6.30 O pregoeiro solicitará ao licitante mais bem classificado que, no prazo de no máximo 2 (duas) horas, envie a proposta adequada, acompanhada, se for o caso, dos documentos complementares. 8.16. Os documentos exigidos para habilitação serão enviados por meio do sistema, em formato digital (preferencialmente em arquivo único), no prazo de DUAS HORAS.]   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
| 12.4.            |  | DOC. FARMACÊUTICO   |  | X             |  |   |  |        |  |                       |  |   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  | CRC NA PREFEITURA CADFOR  |  |               |  |   |  |        |  | Págs                  |  | DECLARAÇÕES   |  |               |  | H   |  | P |  | F |  |
| 10.6.            |  | CERTIDÃO DO ICMS  |  | X             |  |   |  |        |  |                       |  | DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR  |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  | SICAF   |  |               |  |   |  |        |  |                       |  | DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS  |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
| 12.1.            |  | ATEST DE CAP TEC PUBLIC.  |  | X             |  |   |  |        |  |                       |  | DEC. DE REQ. DE HAB.  |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  | ATEST DE CAP TEC PRIVAD   |  |               |  |   |  |        |  |                       |  | DADOS DO REPRESENTANTE  |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  | ATEST CAP PUBLIC CONTRATO CONSOLIDADA TCU   |  |               |  |   |  |        |  | 8.8. / 8.9. / 8.10.   |  | DECLARAÇÃO UNIFICADA  |  | X             |  | X   |  |   |  |   |  |
|                  |  | CERTIDÃO DO CEIS  |  |               |  |   |  |        |  | X                     |  | DADOS DA EMPRESA  |  | X             |  | X   |  |   |  |   |  |
|                  |  | CERTIDÃO DO CNJ   |  |               |  |   |  |        |  |                       |  |   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  | CERTIDÃO DO TCU   |  |               |  |   |  |        |  |                       |  |   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  | CERT PROTESTO DOS SÓCIOS  |  |               |  |   |  |        |  |                       |  |   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  | DECRETO FAZENDA MUNICIPAL   |  |               |  |   |  |        |  |                       |  |   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  | CERT DISTRIBUIÇÃO FEDERAL   |  |               |  |   |  |        |  |                       |  |   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  | CERTIDÃO -TRT 6ª REGIÃO   |  |               |  |   |  |        |  |                       |  |   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  | CERT NEG DÉB FISCAIS ESTADO   |  |               |  |   |  |        |  |                       |  |   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  |   |  |               |  |   |  |        |  |                       |  | DECLARAÇÕES COM FIRMA RECONHECIDA   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  |   |  |               |  |   |  |        |  |                       |  | SERÃO DESCLASSIFICADAS AS PROPOSTA QUE:   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  |   |  |               |  |   |  |        |  |                       |  | 7.10. Será desclassificada a proposta vencedora que: 7.11. contiver vícios insanáveis; 7.12. não obedecer às especificações técnicas contidas no Termo de Referência; 7.13. apresentar preços inexequíveis ou permanecerem acima do preço máximo definido para a contratação; 7.14. não tiverem sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração; 7.15. apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste Edital ou seus anexos, desde que insanáveis. Obs. Serão desclassificadas as propostas que apresentarem cotas e conteúdos contendo preços excessivos, simbólicos, de valor zero ou inexequíveis, na forma da legislação em vigor, ou ainda, que ofereçam preços ou vantagens baseadas nas ofertas dos demais licitantes. |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  | CONTRATO EMPRESA RESÍDUOS   |  |               |  |   |  |        |  |                       |  | INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA:  |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  | BOMBEIROS   |  |               |  |   |  |        |  |                       |  |   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  | IDONEIDADE FINANCEIRA   |  |               |  |   |  |        |  |                       |  |   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
|                  |  | MANUAL DE BOAS PRÁTICAS   |  |               |  |   |  |        |  |                       |  | OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:  |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
| X                |  | PROCURAÇÃO ERIKA MILLANE  |  | X             |  |   |  |        |  |                       |  | E-mail – assistenciaadmcsis@gmail.com - Tel: (075) 99177-7272   |  |               |  |     |  |   |  |   |  |
| ENVELOPE HAB.    |  | CONSORCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO E SAÚDE DA REGIÃO ITABERABA/SEABRA – CHAPADA UNIDA/BA |  | X             |  |   |  |        |  |                       |  | RECEB. NOME:  |  |               |  | EM: |  |   |  |   |  |