DROGAFONTE
MEDICAMENTOS E MATERIAL HOSPITALAR

DATA DA LEITURA:	07/01/2026	ORGÃO:	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUITEGI/PB	
CODIGO	ID 14912	VENDEDOR:	ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO	
PROCESSO	Nº 251223PE00039	MODALIDADE:	PREGÃO ELETRÔNICO Nº. 00039/2025	
ABERTURA	13/01/2026	OBJETO:	MEDICAMENTOS	
HORA	13:00	VALIDA.PROP.	60 DIAS	
JULGAMENTO	ITEM	ENTREGA	03 DIAS	
CASAS DEC.:	2 CASAS	PAGAMENTO	30 DIAS	
LEI 14.133/2021	SIM	PRAZO DA DOC.	READEQUADA + APÓLICE + 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
12.3.3.	CONTRATO SOCIAL	X				AFE COMUM LABORATORIO				
12.3.3.	41ª ALTERAÇÃO CONS.	X				AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO				
12.3.3.	CNH – DOS SÓCIOS	X			6.10.	GARANTIA DE PROPOSTA: R$ 4.884,47. + COMPROVANTE DE PAGAMENTO	PROPOSTA	X		
12.3.1.	CNPJ. Cod: 6	X				AMOSTRAS				
12.3.7.	FGTS	X				BOAS PRATICAS DE FABRI.				
12.3.5.	INSS	X				CBPF DE ORIGEM + TRADUÇÃO				
12.3.5.	CERT. FEDERAL	X			9.1.3.	INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA	ANEXO I - TR			
12.3.6.	CERT. ESTADUAL	X			11.4.2.	PROCEDÊNCIA E ORIGEM	PODERÁ			
	DIVIDA ATIVA ESTADUAL				9.1.4.	DIGITAR CONFORME ANEXO	ANEXO I - TR			
12.3.6.	CERT. MUNICIPAL	X				REGISTRO DE MEDICAMENTO				
	CERTIDÃO IPTU					REGISTRO MATERIAL				
12.3.2	CIM	X				RG/MS MED - PET 01 ( ) 02 ( )				
12.3.2	INSCRIÇÃO ESTADUAL	X				RG/MS MAT - PET 01 ( ) 02 ( )				
12.3.8.	MTE – DÉBITOS TRABALHISTAS	X				PROTOCOLO ( )				
	MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ					Nº DO ITEM NO CBPF				
12.3.4. 2023/2024	BALANÇO	X			X	Nº DO RG/MS NA PROPOSTA	13 DÍGITOS			
	CERT. CONTADOR CRC					Nº DO ITEM NO REGISTRO				
12.3.11. 30 DIAS	CERTIDÃO DE FALÊNCIA	X				LIC. FUN. EST. - CORRE. FABRI.				
	CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM					LIC. FUNC. EST. MED. FRABRI.				
	CARTÓRIOS PROTESTO					VALIDADE DOS PRODUTOS:				
	CERTIDÃO DO FORO					PROPOSTA VIA 1			X	
12.4.2.	LIC. FUNC. - MEDICAMENTO	X				PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO.				
	LIC. FUNC. - MATERIAL					BULA				
12.4.3.	AFE COMUM - ANVISA	X			11.6.	EXEQUIBILIDADE (PRAZO: 24H)	PODERÁ			
12.4.3.	AFE COMUM - DOU	X			TR	VALOR ESTIMADO: R$ 488.447,00	X			
12.4.3.	AFE ESPECIAL - ANVISA	X				PROPOSTA COM FIRMA RECONHECIDA				
12.4.3.	AFE ESPECIAL - DOU	X				NÃO ACEITA PROTOCOLO				
	AFE CORRELATO - ANVISA				ENVELOPE PROP.	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUITEGI/PB			X	
	AFE CORRELATOS - DOU				PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO:					
12.4.2.	ALVARÁ LOCALIZAÇÃO	X			9.1.1.Valor unitário do item: expresso em moeda corrente nacional; 9.1.2.Quantidade: conforme fixada no Termo de Referência - Anexo I; 9.1.3.Marca: se for da própria empresa deverá ser informado "própria"; 9.1.4. Descrição do objeto: contendo as informações similares à especificação do Termo de Referência - Anexo I. 9.2.Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam o Contratado. 9.3. Será cotado um único preço para cada item, com a utilização de duas casas decimais.					
	SIMPLIFICADA - JUCEPE									
	SIMPLIFICADA - ESPECÍFICA				INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES:					
	CONSELHO DE FARMÁCIA				10.5.1.O lance deverá ser ofertado pelo valor unitário do item. 10.7.1.O intervalo mínimo deverá ser de R$ 0,01 (um centavo). 10.8.1.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; 11.6. É indício de inexequibilidade das propostas valores inferiores a 50%					
	CERTIDÃO FARMÁCIA				INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS:					
	DOC. FARMACÊUTICO				10.29.4.O Pregoeiro solicitará ao licitante melhor classificado que, no prazo de 2 (duas) horas, envie a sua proposta atualizada, acompanhada, se for o caso, dos documentos complementares, quando necessários à confirmação daqueles exigidos neste Edital e já apresentados; 12.5.Os documentos exigidos para habilitação serão enviados por meio do sistema, em formato digital, no prazo de 2 (duas) horas.					
	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.				
6.9.1.	ATEST DE CAP TEC PUBLIC.	X				DADOS DO REPRESENTANTE				
	ATEST DE CAP TEC PRIVAD					CARTA CREDENCIAMENTO				
	ATEST CAP PUBLIC CONTRATO				12.3.9. / 12.3.10. / 12.3.13.	DECLARAÇÃO UNIFICADA	Anexo II/III/V	X		
12.3.12.	CONSOLIDADA TCU	X			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				
	CERT NEG DÉB FISCAIS ESTADO				SERÃO DESCLASSIFICADAS AS PROPOSTA QUE:					
	CONTRATO EMPRESA RESÍDUOS				9.12.As propostas ficarão disponíveis no sistema eletrônico e qualquer elemento que possa identificar o licitante importa desclassificação da proposta correspondente, sem prejuízo das sanções previstas neste Edital. 10.2.1.Será desclassificada a proposta que identifique o licitante; 11.5.Será desclassificada a proposta vencedora que: 11.5.1.Contiver vícios insanáveis; 11.5.2.Não obedecer às especificações técnicas contidas no Termo de Referência - Anexo I; 11.5.3.Apresentar preços inexequíveis ou permanecerem acima do preço máximo definido para a contratação; 11.5.4.Não tiverem sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração 11.5.5.Apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste Edital ou seus anexos, desde que insanável. 11.5.6.Não comprovar, quando solicitado pelo Pregoeiro recolhimento de quantia a título de garantia de proposta, nos termos do item 6.10 deste Edital.					
	BOMBEIROS				INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA:					
	IDONEIDADE FINANCEIRA									
	MANUAL DE BOAS PRÁTICAS				OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:					
X	PROCURAÇÃO ERIKA MILLANE	X			E-mail: licitacuitegi@gmail.com - Tel.: (83) 3681–1112					
ENVELOPE HAB.	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUITEGI/PB	X			RECEB. NOME:_____ EM:_____					