

| | | | | | |
|--|---|------------------------|----------|--|--|
| DATA DA LEITURA: 21/01/2026 | | ORGÃO: | | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MINEIROS/GO | |
| CODIGO ID 15160 | | VENDEDOR: | | ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO | |
| PROCESSO Nº 2025066382 | | MODALIDADE: | | PREGÃO ELETRÔNICO Nº 002/2026 | |
| ABERTURA 29/01/2026 | | OBJETO: | | MEDICAMENTOS | |
| HORA 09:00 | | VALIDA.PROP. | | 120 DIAS | |
| JULGAMENTO ITEM | | ENTREGA | | 10 Dias | |
| CASAS DEC.: 2 CASAS | | PAGAMENTO | | 30 Dias | |
| LEI 14.133/2021 SIM | | PRAZO DA DOC. | | 5.2. PROPOSTA + HABILITAÇÃO PRAZO DE 24 HORAS | |
| VIGENCIA 12 MESES | | SISTEMA | | www.bnc.org.br | |
| LEITURA POR: MARIA EDUARDA LIMA | | MODO DE DISPUTA | | ABERTO | |
| Págs | DOCUMENTOS EXIGIDOS | H | P | Págs | DOCUMENTOS EXIGIDOS |
| 9.8.2. B | CONTRATO SOCIAL | X | | | AFE COMUM LABORATORIO |
| 9.8.2. B | 413 ALTERAÇÃO CONS. | X | | | AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO |
| 9.8.3. | CNH – DOS SÓCIOS | X | | | AFE CORRELATO LABORATORIO |
| 9.9.1 | CNPJ. Cod: 6 | X | | 9.13.1 | AMOSTRAS - 5 DIAS |
| 9.9.7 | FGTS | X | | | BOAS PRÁTICAS DE FABRI. |
| 9.9.3 | INSS | X | | | CBPF DE ORIGEM + TRADUÇÃO |
| 9.9.3 | CERT. FEDERAL | X | | 6.1.3. | INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA |
| 9.9.4 | CERT. ESTADUAL | X | | 8.7.2 | PROCEDÊNCIA E ORIGEM |
| | DIVIDA ATIVA ESTADUAL | | | TR | DIGITAL CONFORME ANEXO |
| 9.9.5 | CERT. MUNICIPAL | X | | 9.12.1 A | REGISTRO DE MEDICAMENTO |
| | CERTIDÃO IPTU | | | | REGISTRO MATERIAL |
| 9.9.2 | CIM | X | | | RG/MS MED - PET 01 () 02 () |
| 9.9.2 | INSCRIÇÃO ESTADUAL | X | | | RG/MS MAT - PET 01 () 02 () |
| 9.9.8 | MTE – DÉBITOS TRABALHISTAS | X | | TR 3.1 | NOME GENÉRICO, NOME COMERCIAL, SIMILAR OU EQUIVALENTE, ESPECIFICAÇÃO, UNIDADE |
| | MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ | | | | Nº DO ITEM NO CBPF |
| | BALANÇO | | | 6.1.3. | Nº DO RG/MS NA PROPOSTA |
| | CERT. CONTADOR CRC | | | 9.12.1 A | Nº DO ITEM NO REGISTRO |
| 9.10.1. (90 DIAS) | CERTIDÃO DE FALÊNCIA | X | | | LIC. FUN. EST. - CORRE. FABRI. |
| | CARTÓRIOS DISTRIB/PATIM | | | | LIC. FUNC. EST. MED. FRABRI. |
| | CARTÓRIOS PROTESTO | | | | VALIDADE DOS PRODUTOS: |
| | CERTIDÃO DO FORO | | | | PROPOSTA VIA 1 |
| X | LIC. FUNC. - MEDICAMENTO | X | | | PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO. |
| | LIC. FUNC. - MATERIAL | | | 8.7.2/9.12.1 B | BULA, E Nº DO ITEM |
| 9.11.1. C | AFE COMUM - ANVISA | X | | 8.5 | EXEQUIBILIDADE |
| 9.11.1. C | AFE COMUM - DOU | X | | TR 3.1 | ITENS DE DEMANDA JUDICIAL |
| 9.11.1. C | AFE ESPECIAL - ANVISA | X | | ANEXO IV - PG 56 | INSERIR DECLARAÇÃO |
| 9.11.1. C | AFE ESPECIAL - DOU | X | | | NAO ACEITA PROTOCOLO |
| | AFE CORRELATO - ANVISA | | | | ENVELOPE PROP. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MINEIROS/GO |
| | AFE CORRELATOS - DOU | | | | PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO: |
| X | ALVARÁ LOCALIZAÇÃO | X | | | 6.1.1. Valor unitário e total do (s) item (ens) pretendido(s), em moeda corrente nacional. 6.1.2. O licitante não poderá oferecer proposta em quantitativo inferior ao máximo previsto para contratação. 6.1.3. Descrição detalhada do objeto, contendo as informações similares à especificação do Termo de Referência: indicando, no que for aplicável, a marca, o modelo, prazo de validade ou de garantia, número do registro ou inscrição do bem no órgão competente, quando for o caso. 6.2. Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam a Contratada. |
| 4.5 a | SIMPLIFICADA - JUCEPE | X | | | INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES: |
| 4.5 a | SIMPLIFICADA - ESPECIFICA | X | | | 7.5.1. O lance deverá ser ofertado pelo MENOR PREÇO POR ITEM. 7.17. O critério de julgamento adotado será MENOR PREÇO POR ITEM/8.4 é indicio de inexecução a apresentação de proposta com valores inferiores a 50% do valor orçado pela administração. |
| 9.11.1. B | CONSELHO DE FARMÁCIA | X | | | INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS: |
| 9.11.1. B | CERTIDÃO FARMÁCIA | X | | | 5.2. A Proposta de Preços Negociada (após a fase de lances), os documentos de Habilitação, a Proposta Final Realinhada (final da sessão), bem como Documentos Complementares (se houver), serão solicitados pelo pregoeiro via chat, para que sejam anexados no sistema no prazo determinado em sessão, o qual poderá ser de até 24 horas. |
| 9.11.1. B | DOC. FARMACÊUTICO | X | | | |
| | CRC NA PREFEITURA CADFOR | | | Págs | DECLARAÇÕES |
| X | CERTIDÃO DO ICMS | X | | | DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR |
| | SICAF | | | | DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS |
| 9.11.1 A | ATEST CAP PUBLIC CONTRATO | X | | | DEC. DE REQ. DE HAB. |
| 9.11.1 A | ATEST DE CAP TEC PRIVAD | X | | | DADOS DO REPRESENTANTE |
| | RELACÃO DE APENADOS - TCE SP | | | 9.9.9 | CARTA CREDENCIAMENTO |
| | CERTIDÃO DO CEIS | | | | DECLARAÇÃO GERAL |
| 9.9.6 | CERT MINEIROS/GO | X | | | DADOS DA EMPRESA |
| 9.12.1. C | CEIS, CNEP | X | | | |
| | CERT PROTESTO DOS SÓCIOS | | | | |
| | DECRETO FAZENDA MUNICIPAL | | | | |
| | CERT DISTRIBUIÇÃO FEDERAL | | | | |
| | CERTIDÃO -TRT 6ª REGIÃO | | | | |
| | CERT NEG DÉB FISCAIS ESTADO | | | | |
| | CONTRATO EMPRESA RESÍDUOS | | | | DECLARAÇÕES COM FIRMA RECONHECIDA |
| | BOMBEIROS | | | | SERÃO DESCLASSIFICADAS AS PROPOSTA QUE: |
| | IDONEIDADE FINANCEIRA | | | | 6.6.1. QUALQUER ELEMENTO QUE POSSA IDENTIFICAR A LICITANTE IMPORTA DESCLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA, sem prejuízo das sanções previstas nesse Edital.7.2. a) Não estejam em conformidade com os requisitos estabelecidos neste Edital; b) Contiverem vícios insanáveis; c) Não obedecerem às especificações técnicas exigidas no Termo de Referência; d) Apresentarem preços inexequíveis ou permanecerem após negociação, acima do orçamento estimado para a contratação; e) Não tiverem sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração; f) Apresentarem desconformidade com quaisquer outras exigências do edital, desde que insanável. |
| | MANUAL DE BOAS PRÁTICAS | | | | INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA: |
| X | PROCURAÇÃO ERIKA MILLANE | X | | | OBSERVAR OS ITENS DE COTA PRINCIPAL, COTA RESERVADA, EXCLUSIVO ME/ EPP NO TR |
| ENVELOPE HAB. | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MINEIROS/GO | X | | | OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES: |
| | | | | RECEB. NOME: | EM: |