DROGAFONTE
MEDICAMENTOS E MATERIAL HOSPITALAR

disputa de preços: 20/04/2026 às 09:00

DATA DA LEITURA:	15/04/2026	ORGÃO:	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICIPIO DE ITAQUITINGA/PE
CODIGO	ID 16641	VENDEDOR:	ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO
PROCESSO	N° 007/2026	MODALIDADE:	PREGÃO ELETRÔNICO Nº 006/2026
ABERTURA	20/04/2026	OBJETO:	MATERIAL HOSPITALAR (CORRELATOS)
HORA	08:59	VALIDA.PROP.	60 DIAS
JULGAMENTO	ITEM	ENTREGA	10 DIAS ÚTEIS
CASAS DEC.:	4 CASAS	PAGAMENTO	30 DIAS
LEI 14.133/2021	SIM	PRAZO DA DOC.	READEQUADA + HABILITAÇÃO, PRAZO 2 HORAS (SISTEMA)
VIGENCIA	12 MESES	SISTEMA	www.bnc.org.br
LEITURA POR:	JOICE EDUARDA	MODO DE DISPUTA	ABERTO

Págs	DOCUMENTOS EXIGIDOS	H	P	F	Págs	DOCUMENTOS EXIGIDOS	Obs.	H	P	F
8.4.1.	CONTRATO SOCIAL	X				AFE COMUM LABORATORIO				
8.4.1.	41ª ALTERAÇÃO CONS.	X				AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO				
8.4.1.	CNH – DOS SÓCIOS	X			TR 10.2. PÁG 9	INSERIR DECLARAÇÃO	PROPOSTA			
8.5.1.	CNPJ. Cod: 6	X				AMOSTRAS				
8.5.4.	FGTS	X				BOAS PRATICAS DE FABRI.				
8.5.2.	INSS	X				CBPF DE ORIGEM + TRADUÇÃO				
8.5.2.	CERT. FEDERAL	X			5.1.2.	INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA	PROPOSTA			
8.5.3.	CERT. ESTADUAL	X				PROCEDÊNCIA E ORIGEM				
	DIVIDA ATIVA ESTADUAL				5.1.3.	DIGITAR CONFORME ANEXO	PROPOSTA			
8.5.5.	CERT. MUNICIPAL	X				REGISTRO DE MEDICAMENTO				
II e)	CERTIDÃO IPTU	X			8.8. e)	REGISTRO MATERIAL	ITEM 6 / ALGUNS ITENS	X		
	CIM					RG/MS MED - PET 01 ( ) 02 ( )				
	INSCRIÇÃO ESTADUAL				8.8. e)	CERTIFICADO DE ISENÇÃO DO REGISTRO	se for o caso	X		
8.5.6.	MTE – DÉBITOS TRABALHISTAS	X				PROTOCOLO ( )				
	MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ					Nº DO ITEM NO CBPF				
III j) 2023/2024	BALANÇO	X			5.1.3.	Nº DO RG/MS NA PROPOSTA	13 DÍGITOS			
	CERT. CONTADOR CRC				TR 10.3	A proposta deverá CONSTAR: item, unidade, quantidade, descrição do objeto, valor unitário e total do item, marca,	PROPOSTA			
8.6.1. 180 DIAS	CERTIDÃO DE FALÊNCIA	X				LIC. FUN. EST. - CORRE. FABRI.				
	CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM					LIC. FUN. EST. - MAT. FABRI.				
	CARTÓRIOS PROTESTO				TR 13.1.	VALIDADE DOS PRODUTOS:	12 MESES			
	CERTIDÃO DO FORO					PROPOSTA VIA 1			X	
	LIC. FUNC. - MEDICAMENTO				PÁG 48	No que se refere aos itens 215, 216 e 217: a indicação da marca ON CALL PLUS	PROPOSTA			
8.8.	LIC. FUNC. - MATERIAL	X				BULA				
	AFE COMUM - ANVISA				7.7.	EXEQUIBILIDADE	PODERÁ			
	AFE COMUM - DOU				TR 10.4.	VALOR ESTIMADO: R$ 1.383.165,61	X			
8.8. c)	AFE ESPECIAL - ANVISA	X				PROPOSTA COM FIRMA RECONHECIDA				
8.8. c)	AFE ESPECIAL - DOU	X				NÃO ACEITA PROTOCOLO				
8.8. b)	AFE CORRELATO - ANVISA	X			ENVELOPE PROP.	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICIPIO DE ITAQUITINGA/PE			X	
8.8. b)	AFE CORRELATOS - DOU	X			PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO:					
8.8.	ALVARÁ LOCALIZAÇÃO	X			5.1. O licitante deverá enviar sua proposta mediante o preenchimento, no sistema eletrônico, dos seguintes campos: 5.1.1. Valor unitário e total de cada item; 5.1.2. Marca e/ou fabricante; 5.1.3. Descrição detalhada do objeto, contendo as informações similares à especificação do Termo de Referência: indicando, no que for aplicável, o modelo, prazo de validade ou de garantia, número do registro ou inscrição do bem no órgão competente, quando for o caso; 5.2. Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam o licitante.					
	SIMPLIFICADA - JUCEPE									
	SIMPLIFICADA - ESPECÍFICA				INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES:					
	CONSELHO DE FARMÁCIA				6.5. O lance deverá ser ofertado pelo valor unitário do item. 7.6. é indício de inexequibilidade das propostas valores inferiores a 50% // ESCLARECIMENTO: INTERVALO MÍNIMO R$ 0,05					
8.8. d)	CERTIDÃO FARMÁCIA	X			INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS:					
	DOC. FARMACÊUTICO				6.19. Será solicitado pelo(a) pregoeiro(a) ao licitante mais bem classificado que apresente no prazo mínimo de 02 (duas) horas, podendo variar de acordo com determinação do(a) pregoeiro(a), a proposta adequada ao último lance ofertado após a negociação realizada e quando for o caso, os documentos complementares a proposta. 8.2. Os documentos exigidos para habilitação serão enviados por meio do sistema, em formato digital, no prazo de 02 (duas) horas.					
	CRC NA PREFEITURA				Págs	DECLARAÇÕES		H	P	F
	CADFOR					DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR				
II c)	CERTIDÃO DO ICMS	X				DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS				
	SICAF					DEC. DE REQ. DE HAB.				
III pp) 10% QUANT	ATEST DE CAP TEC PUBLIC.	X				DADOS DO REPRESENTANTE				
	ATEST DE CAP TEC PRIVAD					CARTA CREDENCIAMENTO				
	ATEST CAP PUBLIC CONTRATO				8.9.1. / V a)	DECLARAÇÃO UNIFICADA	ANEXO IV	X		
	CONSOLIDADA TCU				X	DADOS DA EMPRESA	X	X		
7.1.1. / 7.1.2. 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				
	CERT NEG DÉB FISCAIS ESTADO				SERÃO DESCLASSIFICADAS AS PROPOSTA QUE:					
	CONTRATO EMPRESA RESÍDUOS				7.5. Será desclassificada a proposta vencedora que: 7.5.1. Contiver vícios insanáveis; 7.5.2. Não obedecer às especificações técnicas contidas no Termo de Referência; 7.5.3. Apresentar preços inexequíveis ou permanecerem acima do orçamento estimado para a contratação; 7.5.4. Não tiverem sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração; 7.5.5. Apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste Edital ou seus anexos, desde que insanável.					
III KK)	CONTRATOS FIRMADOS + DECLARAÇÃO	X			INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA:					
	IDONEIDADE FINANCEIRA				3.6. Quando houver itens de Cota Principal/Ampla Concorrência, poderão participar empresas interessadas de quaisquer portes, e deverão atender aos requisitos contidos no Edital. 3.7. Para os demais itens, a participação é exclusiva a microempresas e empresas de pequeno porte, nos termos do art. 48 da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006.					
	MANUAL DE BOAS PRÁTICAS				OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:					
X	PROCURAÇÃO ERIKA MILLANE	X			Fone: (81) 3634-1125					
ENVELOPE HAB.	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICIPIO DE ITAQUITINGA/PE	X			RECEB. NOME:_____ EM:_____					