

| DATA DA LEITURA: | | 13/04/2026 | | ORGÃO: | | FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO EM SAÚDE - PB SAÚDE | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|-------------------------|--|-----------------|---|--|-----------------------|--|---------------------|--|------|---|---|---|
| CODIGO | | ID 16875 - UASG: 925302 | | VENDEDOR: | | ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO | | | | | | | | |
| PROCESSO | | Nº 19.000.000135.2025 | | MODALIDADE: | | Pregão Eletrônico nº 037/2026 | | | | | | | | |
| ABERTURA | | 15/04/2026 | | OBJETO: | | MEDICAMENTOS | | | | | | | | |
| HORA | | 09:00 | | VALIDA.PROP. | | 90 DIAS | | | | | | | | |
| JULGAMENTO | | ITEM | | ENTREGA | | 15 DIAS | | | | | | | | |
| CASAS DEC.: | | 3 CASAS | | PAGAMENTO | | 10 DIAS ÚTEIS | | | | | | | | |
| LEI 14.133/2021 | | SIM | | PRAZO DA DOC. | | READEQUADA + HABILITAÇÃO, PRAZO 2 HORAS (SISTEMA) | | | | | | | | |
| 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 |
| 11.18.1.4. | CONTRATO SOCIAL | X | | | | | TR 8.3.3 | AFE COMUM LABORATORIO | X | | X | | | |
| 11.18.1.12. | 41ª ALTERAÇÃO CONS. | X | | | | | TR 8.3.3 | AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO | X | | X | | | |
| 11.18.1.4. | CNH - DOS SÓCIOS | X | | | | | 10.8. | MANIFESTAÇÃO ESCRITA | PODERÁ | | | | | |
| 11.18.2.1. | CNPJ. Cod: 6 | X | | | | | | AMOSTRAS | | | | | | |
| 11.18.2.3. | FGTS | X | | | | | ANEXO I - TR | CÓDIGO DO ITEM | PROPOSTA | | | | | |
| 11.18.2.2. | INSS | X | | | | | | CBPF DE ORIGEM + TRADUÇÃO | | | | | | |
| 11.18.2.2. | CERT. FEDERAL | X | | | | | 6.1.2. / 6.1.3. | INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO/VERSÃO E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA | PROPOSTA | | | | | |
| 11.18.2.6. | CERT. ESTADUAL | X | | | | | | PROCEDÊNCIA E ORIGEM | | | | | | |
| | DIVIDA ATIVA ESTADUAL | | | | | | TR 4.5 | Indicar fármaco, conforme DCB, concentração, forma farmacêutica, apresentação, fabricante, embalagem, informação se a embalagem primária do medicamento é fracionável ou não. | PROPOSTA | | | | | |
| 11.18.2.6. | CERT. MUNICIPAL | X | | | | | TR 4.4 | REGISTRO DE MEDICAMENTO | X | | X | | | |
| | CERTIDÃO IPTU | | | | | | | REGISTRO MATERIAL | | | | | | |
| 11.18.2.5. | CIM | X | | | | | TR 4.4.2. | RG/MS MED - PET 01 () 02 () | se for o caso | | X | | | |
| 11.18.2.5. | INSCRIÇÃO ESTADUAL | X | | | | | | RG/MS MAT - PET 01 () 02 () | | | | | | |
| 11.18.2.4. | MTE - DÉBITOS TRABALHISTAS | X | | | | | ANEXO IV - PÁG 65 | INSERIR DECLARAÇÃO | PROPOSTA | | | | | |
| | MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ | | | | | | | Nº DO ITEM NO CBPF | | | | | | |
| 11.18.3.3. 2023/2024 | BALANÇO | X | | | | | TR 4.5 | Nº DO RG/MS NA PROPOSTA | 13 DÍGITOS | | | | | |
| | CERT. CONTADOR CRC | | | | | | TR 4.4.2. | Cadastramento ou a comprovação de dispensa; | se for o caso | | X | | | |
| 11.18.3.2. | CERTIDÃO DE FALÊNCIA | X | | | | | TR 4.4.2. | notificação de registro + cópia do rótulo | se for o caso | | X | | | |
| | CARTÓRIOS DISTRIB/PATRI | | | | | | 9.7.7. | Conter a informação da alíquota de ICMS e no caso de não incidência informar na proposta, o dispositivo legal ou comprovação | PROPOSTA | | | | | |
| | CARTÓRIOS PROTESTO CERTIDÃO DO FORO | | | | | | TR 4.7 | VALIDADE DOS PRODUTOS: | 12 MESES | | | | | |
| TR 8.3.2 | LIC. FUNC. - MEDICAMENTO | X | | | | | | PROPOSTA VIA 1 | | | | | X | |
| | LIC. FUNC. - MATERIAL | | | | | | | PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATE A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO. | | | | | | |
| TR 8.3.3 | AFE COMUM - ANVISA | X | | | | | PREÂMBULO | BULA | | | | | | |
| TR 8.3.3 | AFE COMUM - DOU | X | | | | | 9.7.6. | Valor Total Estimado: R\$ 1.420.397,244 | X | | | | | |
| TR 8.3.3 | AFE ESPECIAL - ANVISA | X | | | | | 10.5. | INSERIR DECLARAÇÃO | PROPOSTA | | | | | |
| TR 8.3.3 | AFE ESPECIAL - DOU | X | | | | | | EXEQUIBILIDADE | PODERÁ | | | | | |
| | AFE CORRELATO - ANVISA | | | | | | | NÃO ACEITA PROTOCOLO | | | | | | |
| | AFE CORRELATOS - DOU | | | | | | | ENVELOPE PROP. | | | | | | X |
| TR 8.3.2 | ALVARÁ LOCALIZAÇÃO | X | | | | | | FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO EM SAÚDE - PB SAÚDE | | | | | | |
| | SIMPLIFICADA - JUCEPE | | | | | | | PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO: | | | | | | |
| | SIMPLIFICADA - ESPECÍFICA | | | | | | | 6.1. O licitante deverá enviar sua proposta mediante o preenchimento, no sistema eletrônico, dos seguintes campos: 6.1.1. Valor UNITÁRIO do item, com apenas 03 (três) casas decimais; 6.1.1.1. Caso o licitante informe preços com número de casas decimais superior a 03 (três) dígitos. 6.1.2. Marca / Fabricante 6.1.3. Modelo / Versão 6.1.4. Quantidade cotada, devendo respeitar o mínimo indicado no Anexo I do Termo de Referência; 6.2. Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam o licitante. | | | | | | |
| | CONSELHO DE FARMÁCIA | | | | | | | INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES: | | | | | | |
| | CERTIDÃO FARMÁCIA | | | | | | | No procedimento licitatório em tela, o lance deverá ser ofertado pelo VALOR UNITÁRIO do item. 7.8. O intervalo mínimo deverá ser de R\$ 0,01 (um centavo). 7.9. 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. 10.3. é índice de inexequibilidade das propostas valores inferiores a 50% | | | | | | |
| | DOC. FARMACÊUTICO | | | | | | | INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINALS: | | | | | | |
| | CRC NA PREFEITURA CADFOR | | | | | | | 9.5. A(o) Pregoeira(o) solicitará ao licitante mais bem classificado que, no prazo de 02 (duas) horas, envie a proposta adequada, acompanhada, se for o caso, dos documentos complementares | | | | | | |
| 8.1.1. CONSULTA | SICAF | | | | | | | Págs | DECLARAÇÕES | | | H | P | F |
| TR 8.3.1 QUANT 30% E VALOR 4% | ATEST DE CAP TEC PUBLIC. | X | | | | | | DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR | | | | | | |
| | ATEST DE CAP TEC PRIVAD | | | | | | | DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS | | | | | | |
| | ATEST CAP PUBLIC CONTRATO CONSOLIDADA TCU | | | | | | 11.6. / 11.7. / 11.8. | DEC. DE REQ. DE HAB. | | | | | | |
| 8.1.2. / 8.1.3. CONSULTA | CERTIDÃO DO CEIS/CNEP | | | | | | | DADOS DO REPRESENTANTE | | | | | | |
| 8.1.4. CONSULTA | CERTIDÃO DO CNJ | | | | | | | CARTA CREDENCIAMENTO | | | | | | |
| 8.1.5. / 8.1.6. CONSULTA | CERTIDÃO DO TCU/CAPIL-PB | | | | | | | DECLARAÇÃO UNIFICADA | X | | X | | | |
| | CERT PROTESTO DOS SÓCIOS | | | | | | | DADOS DA EMPRESA | X | | X | | | |
| | DECRETO FAZENDA MUNICIPAL | | | | | | 11.18.7. a. | DECLARAÇÃO NEGATIVA DE RELAÇÃO FAMILIAR | X | | X | | | |
| | CERT DISTRIBUIÇÃO FEDERAL | | | | | | | | | | | | | |
| | CERTIDÃO -TRT 6ª REGIÃO | | | | | | | | | | | | | |
| TR 8.3.3 | AFE TRANSPORTE | X | | | | | | DECLARAÇÕES COM FIRMA RECONHECIDA | | | | | | |
| | CONTRATO EMPRESA RESÍDUOS | | | | | | | SERÃO DESCLASSIFICADAS AS PROPOSTA QUE: | | | | | | |
| 11.18.3.6. | DECLARAÇÃO DO CONTADOR | X | | | | | | 10.2. Será desclassificada a proposta vencedora que: 10.2.1. contiver vícios insanáveis; 10.2.2. não obedecer às especificações técnicas contidas no Termo de Referência; 10.2.3. apresentar preços inexequíveis ou permanecerem acima do preço máximo definido para a contratação; 10.2.4. não tiverem sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração; 10.2.5. não cumpram os critérios de aceitabilidade de preços definidos no Termo de Referência; 10.2.6. apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste Edital ou seus anexos, desde que insanável. | | | | | | |
| | IDONEIDADE FINANCEIRA | | | | | | | INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA: | | | | | | |
| X | MANUAL DE BOAS PRÁTICAS | | | | | | | OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES: | | | | | | |
| | PROCURAÇÃO ERIKA MILLANE | X | | | | | | e-mail gelic08@centraldecompras.pb.gov.br | | | | | | |
| ENVELOPE HAB. | FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO EM SAÚDE - PB SAÚDE | X | | | | | | RECEB. NOME: _____ EM: _____ | | | | | | |