

DATA DA LEITURA:	04/02/2025	ORGÃO:	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAIRI/BA								
CODIGO	ID: 6369	VENDEDOR:	MARIA EMILIA DE SOUZA FERRAZ								
PROCESSO	Nº 007/2025	MODALIDADE:	PREGÃO ELETRÔNICO 001/2025PE								
ABERTURA	11/02/2025	OBJETO:	MEDICAMENTOS E MATERIAIS								
HORA	08:01	VALIDA.PROP.	60 DIAS								
JULGAMENTO	ITEM	ENTREGA	08 Dias								
CASAS DEC.:	2 CASAS	PAGAMENTO	10 Dias								
LEI 14.133/2021	SIM	PRAZO DA DOC.	PROPOSTA FINAL + HABILITAÇÃO - MÍNIMO 30 MIN. ATÉ NO MÁX. 02 HORAS								
VIGENCIA	12 MESES	SISTEMA	https://www.portaldecompraspublicas.com.br								
LEITURA POR:	BARBARA COSTA	ENVELOPE	MODO DISPUTA	ABERTO	ENVELOPE						
Págs	DOCUMENTOS EXIGIDOS	H	P	F	Págs	DOCUMENTOS EXIGIDOS	Obs.	H	P	F	
18.3. c)	CONTRATO SOCIAL	X				AFE COMUM LABORATORIO					
18.3. c)	41ª ALTERAÇÃO CONS.	X				AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO					
18.3. c)	CNH – DOS SÓCIOS	X				AFE CORRELATO LABORATORIO					
18.4. a)	CNPJ. Cod: 6	X			8.1.	AMOSTRAS	PODERÁ				
18.4. c)	FGTS	X				BOAS PRATICAS DE FABRI.					
X	INSS	X				CBPF DE ORIGEM + TRADUÇÃO					
18.4. b)	CERT. FEDERAL	X			3.2. c)	INDICAR MARCA/FABRICANTE E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA	PROPOSTA				
18.4. e)	CERT. ESTADUAL	X				PROCEDÊNCIA E ORIGEM					
	DIVIDA ATIVA ESTADUAL					DIGITAR CONFORME ANEXO					
18.4. f)	CERT. MUNICIPAL	X				REGISTRO DE MEDICAMENTO					
	CERTIDÃO IPTU					REGISTRO MATERIAL					
X	CIM	X				RG/MS MED - PET 01 () 02 ()					
18.4. g)	INSCRIÇÃO ESTADUAL	X				RG/MS MAT - PET 01 () 02 ()					
18.4. d)	MTE – DÉBITOS TRABALHISTAS	X				PROTOCOLO ()					
	MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ					Nº DO ITEM NO CBPF					
	BALANÇO					Nº DO RG/MS NA PROPOSTA					
	CERT. CONTADOR CRC					Nº DO ITEM NO REGISTRO					
18.5. a)	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		
18.7.1.	LIC. FUNC. - MEDICAMENTO	X			3.2. a) e)	PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO.		X			
18.7.1.	LIC. FUNC. - MATERIAL	X				BULA					
18.7.1.	AFE COMUM - ANVISA	X			PÁG. 37	INSERIR DECLARAÇÃO	PROPOSTA				
18.7.1.	AFE COMUM - DOU	X									
18.7.1.	AFE ESPECIAL - ANVISA	X				PROPOSTA COM FIRMA RECONHECIDA					
18.7.1.	AFE ESPECIAL - DOU	X				NÃO ACEITA PROTOCOLO					
18.7.1.	AFE CORRELATO - ANVISA	X				ENVELOPE PROP. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAIRI/BA			X		
18.7.1.	AFE CORRELATOS - DOU	X				PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO:					
18.7.1.	ALVARÁ LOCALIZAÇÃO	X				3.2. com a descrição do objeto ofertado, preço e informações necessárias. / 7.1.5. O preço proposto deverá ser expresso em moeda corrente nacional (Real), com até duas casas decimais (0,00).					
	SIMPLIFICADA - JUCEPE					INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES:					
	SIMPLIFICADA - ESPECÍFICA					5.7. O lance deverá ser ofertado pelo valor UNITÁRIO. / 5.10. O intervalo mínimo de diferença de valores ou percentuais entre os lances deverá ser de R\$ 0,01 (um centavo). / 6.8. No caso de bens e serviços em geral, é índice de inexecução das propostas valores inferiores a 50% (cinquenta por cento) do valor orçado pela Administração.					
	CONSELHO DE FARMÁCIA					INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS:					
	CERTIDÃO FARMÁCIA					5.22. d) O pregoeiro solicitará ao licitante mais bem classificado que, no prazo mínimo de 30 (trinta) minutos até o máximo de 02 (duas) horas, envie a proposta adequada ao último lance ofertado após a negociação realizada, acompanhada, se for o caso, dos documentos complementares, quando necessários à confirmação daqueles exigidos neste Edital e já apresentados. / 7.1.1. Com vistas a atender ao princípio da eficiência e celeridade processual, o pregoeiro poderá, no mesmo ato, solicitar a documentação de habilitação, concedendo o mesmo prazo para a apresentação de ambos, proposta e documentação, de forma a otimizar o processo e garantir agilidade na análise; / 7.1.3. Em caso de indisponibilidade do sistema, será aceito o envio da proposta ajustada por meio dos e-mails: licitacao.mairi@gmail.com e/ou administracao@mairi.ba.gov.br. Após o envio do e-mail, o responsável pelo envio deverá entrar em contato com o pregoeiro para confirmar o recebimento do email e do seu conteúdo (74-3632-2110). / 7.1.4. A proposta deverá conter: Além dos dados da proponente (CNPJ, inscrição estadual, endereço completo, telefone p/ contato, e-mail, conta corrente jurídica)					
	DOC. FARMACÊUTICO					Págs	DECLARAÇÕES		H	P	F
	CRC NA PREFEITURA						DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR				
	CADFOR						DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS				
	CERTIDÃO DO ICMS						DEC. DE REQ. DE HAB.				
	SICAF						DADOS DO REPRESENTANTE				
18.6.1.	ATEST DE CAP TEC PUBLIC.	X					CARTA CREDENCIAMENTO				
18.6.1.	ATEST DE CAP TEC PRIVAD	X				3.11.	A SEREM APRESENTADAS PARA FINS DE HABILITAÇÃO	ANEXO V	X		
	ATEST CAP PUBLIC CONTRATO						DADOS DA EMPRESA		X		
	CONSOLIDADA TCU						DE CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS HABILITATÓRIOS	ANEXO I	X		
	CERTIDÃO DO CEIS										
	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:				
	CONTRATO EMPRESA RESÍDUOS						6.7. Será desclassificada a proposta vencedora que: a) Contiver vícios insanáveis; b) Não obedecer às especificações técnicas contidas no Termo de Referência; c) Apresentar preços inexequíveis ou permanecerem acima do preço máximo definido para a contratação; d) Não tiverem sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração; e) Apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste Edital ou seus anexos.				
	BOMBEIROS						INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA:				
	IDONEIDADE FINANCEIRA										
	MANUAL DE BOAS PRÁTICAS						OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:				
X	PROCURAÇÃO MARIA EMILIA	X					E-mail: licitacao@mairi.ba.gov.br / Telefone (74) 3632-2110				
ENVELOPE HAB.	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAIRI/BA	X					RECEB. NOME: _____ EM: _____				