

| DATA DA LEITURA: | 13/05/2025 | ORGÃO: | INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR-ISGH/CE | | | | | | | | |
|------------------|--|-----------------|--|---|---------|---|---|---|-----------|---|---|
| CODIGO | ID 9035 | VENDEDOR: | ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO | | | | | | | | |
| PROCESSO | . | MODALIDADE: | PREGÃO ELETRÔNICO Nº 0026/2025 | | | | | | | | |
| ABERTURA | 21/05/2025 | OBJETO: | MEDICAMENTOS | | | | | | | | |
| HORA | 09:00 | VALIDA.PROP. | ENTRE 60 E 90 DIAS | | | | | | | | |
| JULGAMENTO | ITEM | ENTREGA | CONFORME EDITAL | | | | | | | | |
| CASAS DEC.: | 4 CASAS | PAGAMENTO | 30° dia subsequente à entrega do produto | | | | | | | | |
| LEI 14.133/2021 | SIM | PRAZO DA DOC. | 5.3 ADEQUADA + HABILITAÇÃO VIA EMAIL pregao@isgh.org.br NO PRAZO DE 24 HORAS | | | | | | | | |
| VIGENCIA | 12 MESES | SISTEMA | www.publinexo.com.br | | | | | | | | |
| LEITURA POR: | MARIA EDUARDA LIMA | MODO DE DISPUTA | ABERTO | | | | | | | | |
| Págs | DOCUMENTOS EXIGIDOS | H | P | F | Págs | DOCUMENTOS EXIGIDOS | Obs. | H | P | F | |
| 5.1.1 B | CONTRATO SOCIAL | X | | | | AFE COMUM LABORATORIO | | | | | |
| 5.1.1 B | 41ª ALTERAÇÃO CONS. | X | | | | AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO | | | | | |
| 5.1.1 B | CNH – DOS SÓCIOS | X | | | | AFE CORRELATO LABORATORIO | | | | | |
| 5.1.4 A | CNPJ. Cod: 6 | X | | | 4.2 | OBSERVAR LOCAIS DE ENTREGA | X | | | | |
| 5.1.4 D | FGTS | X | | | 5.1.2 E | BOAS PRÁTICAS DE FABRI. | IMPORTADOS | X | | | |
| X | INSS | X | | | 5.1.2 E | CBPF DE ORIGEM + TRADUÇÃO | IMPORTADOS | X | | | |
| 5.1.4 C | CERT. FEDERAL | X | | | X | INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO, TIPO DE EMBALAGEM, MODO DE APRESENTAÇÃO, ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA | X | | | | |
| 5.1.4 C | CERT. ESTADUAL | X | | | | PROCEDÊNCIA E ORIGEM | | | | | |
| | DIVIDA ATIVA ESTADUAL | | | | TR | DIGITAR CONFORME ANEXO | TR | | | | |
| 5.1. | CERT. MUNICIPAL | X | | | 5.1.1 E | REGISTRO DE MEDICAMENTO | X | X | | | |
| | CERTIDÃO IPTU | | | | | REGISTRO MATERIAL | | | | | |
| 5.1.4 B | CIM | X | | | 5.1.2 C | RG/MS MED - PET 01 () 02 () | X | | | | |
| 5.1.4 B | INSCRIÇÃO ESTADUAL | X | | | 5.1.2 C | DISPENSA PUBLICADA NO DOU | X | | | | |
| 5.1.4 E | MTE – DÉBITOS TRABALHISTAS | X | | | | PROTOCOLO () | | | | | |
| | MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ | | | | | Nº DO ITEM NO CBPF | | | | | |
| 5.1.3 A | BALANÇO | X | | | 4.1.2. | Nº DO RG/MS NA PROPOSTA | 13 DÍGITOS | | | | |
| X | CERT. CONTADOR CRC | X | | | | Nº DO ITEM NO REGISTRO | | | | | |
| 5.1.3 B | CERTIDÃO DE FALÊNCIA | X | | | | LIC. FUN. EST. - CORRE. FABRI. | | | | | |
| | CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM | | | | | LIC. FUNC. EST. MED. FRABRI. | | | | | |
| | CARTÓRIOS PROTESTO | | | | 4.6 | VALIDADE DOS PRODUTOS: | 12 MESES | | | | |
| | CERTIDÃO DO FORO | | | | | PROPOSTA VIA 1 | | | X | | |
| 5.1.1 D | LIC. FUNC. - MEDICAMENTO | X | | | 4.1 A | PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO. | | | X | | |
| | LIC. FUNC. - MATERIAL | | | | | BULA | | | | | |
| 5.1.1 F | AFE COMUM - ANVISA | X | | | | | | | | | |
| 5.1.1 F | AFE COMUM - DOU | X | | | | | | | | | |
| 5.1.1 F | AFE ESPECIAL - ANVISA | X | | | | PROPOSTA COM FIRMA RECONHECIDA | | | | | |
| 5.1.1 F | AFE ESPECIAL - DOU | X | | | | NÃO ACEITA PROTOCOLO | | | | | |
| | AFE CORRELATO - ANVISA | | | | | ENVELOPE PROP. | INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR-ISGH/CE | | | X | |
| | AFE CORRELATOS - DOU | | | | | PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO: | | | | | |
| 5.1.1 D | ALVARÁ LOCALIZAÇÃO | X | | | | 4.1 b) Relação dos equipamentos com as especificações técnicas, marcas, modelos; c) O valor da Proposta de Preço, que deverá ser apresentada pelo valor unitário decada item - validadas 4 (quatro) casas decimais após a vírgula -, calculado com base nos indicativos contidos no item 3. do Termo de Referência, além do valor dos insumos, observado, ainda o disposto no item 4.1.2. Quando da apresentação da proposta de preços, o proponente deverá individualizar o produto ofertado, utilizando-se de determinações, tais como marca, tipo de embalagem, modo de apresentação, notadamente deve constar número do registro na ANVISA/MS, especificações técnicas do produto, nome do fabricante, entre outras características pertinentes e compatíveis, observadas as especificações e quantitativos estabelecidos no termo de referência. | | | | | |
| X | SIMPLIFICADA - JUCEPE | X | | | | INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES: | | | | | |
| X | SIMPLIFICADA - ESPECÍFICA | X | | | | 3.4.2. O julgamento das propostas será objetivo, tendo seu critério baseado no menor preço por item. | | | | | |
| 5.1.2 B | CONSELHO DE FARMÁCIA | X | | | | INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS: | | | | | |
| 5.1.2 B | CERTIDÃO FARMÁCIA | X | | | | 5.3. Encerrada a etapa de lances da sessão pública o Licitante deverá enviar a documentação de habilitação para o e-mail pregao@isgh.org.br, o mesmo terá a prazo de 24 horas para realizar o envio da documentação, onde o não envio no prazo implicará em desclassificação. | | | | | |
| 5.1.2 B | DOC. FARMACÊUTICO | X | | | | Págs | DECLARAÇÕES | | H | P | F |
| X | CRC NA PREFEITURA CADFOR | | | | | | DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR | | | | |
| X | CERTIDÃO DO ICMS | X | | | | | DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS | | | | |
| X | SICAF | X | | | | | DEC. DE REQ. DE HAB. | | | | |
| 5.1.2. A | ATEST DE CAP TEC PUBLIC. | X | | | | | DADOS DO REPRESENTANTE | | | | |
| 5.1.2. A | ATEST DE CAP TEC PRIVAD | X | | | | | CARTA CREDENCIAMENTO | | | | |
| | ATEST CAP PUBLIC CONTRATO | | | | 4.3. B | | DECLARAÇÃO GERAL | | X | | |
| | RELAÇÃO DE APENADOS - TCE SP | | | | | | DADOS DA EMPRESA | | 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 | | | | | | | | | | |
| | BOMBEIROS | | | | | | INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA: | | | | |
| | IDONEIDADE FINANCEIRA | | | | | | | | | | |
| | MANUAL DE BOAS PRÁTICAS | | | | | | OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES: | | | | |
| X | PROCURAÇÃO ERIKA MILLANE | X | | | | | | | | | |
| ENVELOPE HAB. | INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR-ISGH/CE | X | | | | | RECEB. NOME: _____ | | EM: _____ | | |