DROGAFONTE
MEDICAMENTOS E MATERIAL HOSPITALAR

HABILITAÇÃ APÓS FASE DE LANCES

DATA DA LEITURA:	04/06/2025	ORGÃO:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA/GO	
CODIGO	ID 9622 - UASG: 926995	VENDEDOR:	ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO	
PROCESSO	Nº 25.29.000002057-0	MODALIDADE:	PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90002/2025 SRP	
ABERTURA	11/06/2025	OBJETO:	MEDICAMENTOS	
HORA	09:00	VALIDA.PROP.	120 DIAS	
JULGAMENTO	ITEM	ENTREGA	20 Dias	
CASAS DEC.:	4 CASAS UNIT. e 2 CASAS TOTAL	PAGAMENTO	30 Dias	
LEI 14.133/2021	SIM	PRAZO DA DOC.	6.19.4. ADEQUADA + HABILITAÇÃO PRAZO DE 2 HORAS	
VIGENCIA	12 MESES	SISTEMA	www.gov.br/compras	
LEITURA POR:	MARIA EDUARDA LIMA	MODO DE DISPUTA	ABERTO	

Págs	DOCUMENTOS EXIGIDOS	H	P	F	Págs	DOCUMENTOS EXIGIDOS	Obs.	H	P	F
15.8.2.1.3	CONTRATO SOCIAL	X				AFE COMUM LABORATORIO				
15.8.2.1.3	41ª ALTERAÇÃO CONS.	X				AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO				
15.8.2.1.3	CNH – DOS SÓCIOS	X				AFE CORRELATO LABORATORIO				
15.8.3.1.1	CNPJ. Cod: 6	X				AMOSTRAS				
15.8.3.1.3	FGTS	X				BOAS PRATICAS DE FABRI.				
15.8.3.1.2.	INSS	X			ANEXO V - PG 36	INSERIR DECLARAÇÕES	PROPOSTA			
15.8.3.1.2.	CERT. FEDERAL	X			5.1.2./5.1.3	INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA	X			
15.8.3.1.6	CERT. ESTADUAL	X			15.1.7	PROCEDÊNCIA E ORIGEM	X			
	DIVIDA ATIVA ESTADUAL				TR	DIGITAR CONFORME ANEXO	ANEXO I			
15.8.3.1.6	CERT. MUNICIPAL	X			15.1.7 / 15.8.3.3.1	REGISTRO DE MEDICAMENTO	PROPOSTA	X		
	CERTIDÃO IPTU					REGISTRO MATERIAL				
15.8.3.1.5	CIM	X				RG/MS MED - PET 01 ( ) 02 ( )				
15.8.3.1.5	INSCRIÇÃO ESTADUAL	X				RG/MS MAT - PET 01 ( ) 02 ( )				
15.8.3.1.4.	MTE – DÉBITOS TRABALHISTAS	X				PROTOCOLO ( )				
	MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ				15.1.9	SEGUIR TABELA CMED	PROPOSTA			
15.8.3.2.2. 2 ÚLTIMOS	BALANÇO	X			X	Nº DO RG/MS NA PROPOSTA	13 DÍGITOS			
X	CERT. CONTADOR CRC	X				Nº DO ITEM NO REGISTRO				
15.8.3.2.1	CERTIDÃO DE FALÊNCIA	X				LIC. FUN. EST. - CORRE. FABRI.				
	CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM					LIC. FUNC. EST. MED. FRABRI.				
	CARTÓRIOS PROTESTO				15.5.2	VALIDADE DOS PRODUTOS:	70%			
	CERTIDÃO DO FORO					PROPOSTA VIA 1			X	
15.8.3.3.2	LIC. FUNC. - MEDICAMENTO	X				PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO.				
	LIC. FUNC. - MATERIAL					BULA				
15.8.3.3.3	AFE COMUM - ANVISA	X			7.8	EXEQUIBILIDADE	PODERÁ			
15.8.3.3.3	AFE COMUM - DOU	X								
15.8.3.3.3	AFE ESPECIAL - ANVISA	X				PROPOSTA COM FIRMA RECONHECIDA				
15.8.3.3.3	AFE ESPECIAL - DOU	X			8.17	NÃO ACEITA PROTOCOLO	X			
	AFE CORRELATO - ANVISA				ENVELOPE PROP.	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA/GO			X	
	AFE CORRELATOS - DOU				PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO:					
15.8.3.3.2	ALVARÁ LOCALIZAÇÃO	X			5.1.1. Valor unitário item; 5.1.2. Marca; 5.1.3. Fabricante; 5.1.4. Quandade cotada/ofertada. 5.2. Todas as especificações do objeto condas na proposta vinculam o licitante. / 15.1.5. A proposta deverá conter o preço do objeto expresso em moeda corrente nacional, admindo-se após a vírgula até 04 (quatro) casas decimais no valor unitário e duas no valor total, discriminado para o(s) objeto(s) em algarismo arábico (unitário e total). A proposta deverá conter todos os seus elementos constuvos, para que seja verificada a compabilidade de acordo com a especificação.					
X	SIMPLIFICADA - JUCEPE	X								
X	SIMPLIFICADA - ESPECÍFICA	X			INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES:					
15.8.3.3.5	CONSELHO DE FARMÁCIA	X			CRITÉRIO DE JULGAMENTO: Menor preço por item /6.5. O lance deverá ser ofertado pelo valor unitário do item. / 6.8. O intervalo mínimo de diferença de valores ou percentuais entre os lances, que incidirá tanto em relação aos lances intermediários quanto em relação à proposta que cobrir a melhor oferta deverá ser de 0,01 (um centavo). / 7.7 é indício de inexequibilidade das propostas valores inferiores a 50% (cinquenta por cento) do valor menor orçado pela Administração.					
15.8.3.3.5	CERTIDÃO FARMÁCIA	X			INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS:					
15.8.3.3.5	DOC. FARMACÊUTICO	X			4.1. Na presente licitação, a fase de habilitação sucederá as fases de apresentação de propostas e lances e de julgamento. / 6.19.4. O pregoeiro solicitará ao licitante mais bem classificado que, no prazo de 2 (duas) horas, envie a proposta adequada ao útilmo lance ofertado após a negociação realizada, acompanhada, se for o caso, dos documentos complementares/8.9.1. Os documentos exigidos para habilitação que não estejam contemplados no Sicaf serão enviados por meio do sistema, em formato digital, no prazo de DUAS HORAS					
	CRC NA PREFEITURA				Págs	DECLARAÇÕES		H	P	F
	CADFOR					DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR				
15.8.3.1.	CERTIDÃO DO ICMS	X				DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS				
7.1. CONSULTA	SICAF					DEC. DE REQ. DE HAB.				
15.8.3.3.6	ATEST DE CAP TEC PUBLIC.	X				DADOS DO REPRESENTANTE				
15.8.3.3.6	ATEST DE CAP TEC PRIVAD	X				CARTA CREDENCIAMENTO				
	ATEST CAP PUBLIC CONTRATO				8.4./8.5/8.6	DECLARAÇÃO GERAL		X		
	RELAÇÃO DE APENADOS - TCE SP					DADOS DA EMPRESA		X		
7.1. CONSULTA	CERTIDÃO DO CEIS/CNEP/TCU									
15.8.3.1.6.1	CERTIDÃO DE GOIANIA	X								
15.8.3.2.5	INDICE ECONOMICO	X								
	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				7.6.1. Conver vícios insanáveis; 7.6.2. Não obedecer às especificações técnicas condas no Termo de Referência; 7.6.3. Apresentar preços inexequíveis ou permanecerem acima do preço máximo definido para a contratação; 7.6.4. Não verem sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração; 7.6.5. Apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste Edital ou seus anexos, desde que insanável.					
	BOMBEIROS				INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA:					
	IDONEIDADE FINANCEIRA									
	MANUAL DE BOAS PRÁTICAS				OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:					
X	PROCURAÇÃO ERIKA MILLANE	X			licitasms@goiania.go.gov.br					
ENVELOPE HAB.	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA/GO	X			RECEB. NOME:_____ EM:_____					