DROGAFONTE
MEDICAMENTOS E MATERIAL HOSPITALAR

DATA DA LEITURA:	07/07/2025	ORGÃO:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO/SP
CODIGO	ID: 10447 - UASG nº 925003	VENDEDOR:	ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO
PROCESSO	6018.2025/0064226-9	MODALIDADE:	PREGÃO ELETRÔNICO 90649/2025/SMS
ABERTURA	14/07/2025	OBJETO:	MEDICAMENTOS
HORA	09:00	VALIDA.PROP.	60 DIAS
JULGAMENTO	ITEM	ENTREGA	10 Dias
CASAS DEC.:	4 CASAS	PAGAMENTO	30 Dias
LEI 14.133/2021	SIM	PRAZO DA DOC.	PROP. FINAL + HABILITAÇÃO + REGISTRO, BULA, AFE FABRIC., LICENÇA FABRIC. - 02 HORAS
VIGENCIA	12 MESES	SISTEMA	(https://www.gov.br/compras)
LEITURA POR:	BARBARA COSTA	MODO DE DISPUTA	ABERTO E FECHADO

Págs	DOCUMENTOS EXIGIDOS	H	P	F	Págs	DOCUMENTOS EXIGIDOS	Obs.	H	P	F
11.5.1.2	CONTRATO SOCIAL	X			11.5.1.6	AFE COMUM LABORATORIO	VENCEDOR	X		
11.5.1.2	41ª ALTERAÇÃO CONS.	X			11.5.1.6	AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO	VENCEDOR	X		
11.5.1.2	CNH – DOS SÓCIOS	X				AFE CORRELATO LABORATORIO				
11.5.2.1	CNPJ. Cod: 6	X				AMOSTRAS				
11.5.2.5	FGTS	X			PÁG. 63	INSERIR DECLARAÇÕES	PROPOSTA			
X	INSS	X				CBPF DE ORIGEM + TRADUÇÃO				
11.5.2.3	CERT. FEDERAL	X			6.1.1	INDICAR MARCA, FABRICANTE, MODELO E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA	PROPOSTA			
11.5.2.4	CERT. ESTADUAL	X			PÁG. 62	PROCEDÊNCIA E ORIGEM	PROPOSTA			
	DIVIDA ATIVA ESTADUAL					DIGITAR CONFORME ANEXO				
11.5.2.6	CERT. MUNICIPAL	X			6.1.10.1	REGISTRO DE MEDICAMENTO	VENCEDOR	X		
	CERTIDÃO IPTU					REGISTRO MATERIAL				
11.5.2.2	CIM	X			6.1.10.1.2	RG/MS MED - PET 01 ( ) 02 ( )	X			
11.5.2.2	INSCRIÇÃO ESTADUAL	X				RG/MS MAT - PET 01 ( ) 02 ( )				
11.5.2.7	MTE – DÉBITOS TRABALHISTAS	X			6.1.10.1	NOTIFICAÇÃO / ISENÇÃO	SE FOR O CASO			
	MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ					Nº DO ITEM NO CBPF				
11.5.3.2 (2 ÚLTIMOS)	BALANÇO	X			6.1.1	Nº DO RG/MS NA PROPOSTA	13 DIGITOS			
X	CERT. CONTADOR CRC	X				Nº DO ITEM NO REGISTRO				
11.5.3.1	CERTIDÃO DE FALÊNCIA	X			1.	LICENÇA DE FUNCIONAMENTO (FABRICANTE)	VENCEDOR	X		
	CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM				6.1.10.4	FICHA TÉCNICA	VENCEDOR	X		
	CARTÓRIOS PROTESTO				20.	VALIDADE DOS PRODUTOS:	2/3 TOTAL			
	CERTIDÃO DO FORO					PROPOSTA VIA 1			X	
11.5.1.5	LIC. FUNC. - MEDICAMENTO	X			3.	Em consonância com a forma farmacêutica pretendida, os medicamentos deverão estar acondicionados em embalagens secundárias (caixas de embarque) com as seguintes limitações de unidades: ampolas, frascos-ampolas e sistemas de aplicação preenchidos com no máximo 250 unidades. Frascos e bolsas com no máximo 100 unidades.	PROPOSTA			
	LIC. FUNC. - MATERIAL				6.1.5.1 / 6.1.10.2 / 6.1.10.3	BULA E/OU RÓTULO, CATÁLOGOS E/OU INSTRUÇÃO DE USO	VENCEDOR	X		
11.5.1.4	AFE COMUM - ANVISA	X			6.1.6.2	Os preços cotados deverão observar as disposições contidas na Orientação Interpretativa nº 02/2006, da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos	PROPOSTA			
11.5.1.4	AFE COMUM - DOU	X			ANEXO –	INSERIR CÓDIGO SUPRI E CATMAT	PROPOSTA			
11.5.1.6	AFE ESPECIAL - ANVISA	X				PROPOSTA COM FIRMA RECONHECIDA				
11.5.1.6	AFE ESPECIAL - DOU	X			11.6.7	NÃO ACEITA PROTOCOLO	X			
	AFE CORRELATO - ANVISA				ENVELOPE PROP.	SECRETARIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO/SP			X	
	AFE CORRELATOS - DOU				PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO:					
11.5.1.5	ALVARÁ LOCALIZAÇÃO	X			6.1.1 A licitante deverá indicar na sua proposta o "Valor", "Marca", "Fabricante", "Descrição Detalhada do Objeto Ofertado", "Registro ANVISA", "Embalagem de Apresentação dos produtos ofertados" e n. º da CONTA no BANCO DO BRASIL de forma semelhante ao estabelecido no Termo de Referência - Anexo I deste Edital. / 6.1.6.1 Os preços unitários e total poderão possuir até 04 (quatro) casas decimais.					
X	SIMPLIFICADA - JUCEPE	X								
X	SIMPLIFICADA - ESPECÍFICA	X			INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES:					
	CONSELHO DE FARMÁCIA				8.1.1 O lance deverá ser ofertado pelo VALOR UNITÁRIO, sendo: 8.1.1.1 Itens 01, 04, 05: Menor valor por AMPOLA; 8.1.1.2 Itens 02, 03: Menor valor por FRASCO-AMPOLA; / 8.3 o intervalo mínimo de 0,1 % (um centésimo porcento). / 10.9 Para a aquisição de bens é indício de inexequibilidade valores inferiores a 50% (cinquenta por cento) do valor orçado pela Administração Pública.					
	CERTIDÃO FARMÁCIA				INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS:					
	DOC. FARMACÊUTICO				8.14 O licitante mais bem classificado deverá, no prazo de ATÉ 2 (duas) horas, prorrogável a partir e solicitação fundamentada, enviar a proposta adequada ao último lance ofertado após a negociação realizado, bem como os documentos de Habilitação TÉCNICA, JURÍDICA e ECONÔMICA, constantes nos itens 6.1.1 e seguintes e item 11.1 e seguintes deste edital.					
	CRC NA PREFEITURA				Págs	DECLARAÇÕES		H	P	F
	CADFOR					DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR				
11.5.2.4	CERTIDÃO DO ICMS	X				DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS				
	SICAF					DEC. DE REQ. DE HAB.				
11.5.4.1 01 CMM	ATEST DE CAP TEC PUBLIC.	X				DADOS DO REPRESENTANTE				
11.5.4.1 01 CMM	ATEST DE CAP TEC PRIVAD	X				CARTA CREDENCIAMENTO				
	ATEST CAP PUBLIC CONTRATO				11.5.5	DECLARAÇÃO GERAL	ANEXO III	X		
	RELAÇÃO DE APENADOS - TCE SP					DADOS DA EMPRESA		X		
	CERTIDÃO DO CEIS				11.5.3.2.2	DE INDICE ECONOMICO-FINANCEIRO	X	X		
	CERTIDÃO DO CNJ				11.5.5.7	de não Cadastramento e Inexistência de Débitos para com a Fazenda do Município de São Paulo	ANEXO IV	X		
	CERTIDÃO DO TCU									
	CERT PROTESTO DOS SÓCIOS									
	DECRETO FAZENDA MUNICIPAL									
4.	BOAS PRAT DISTRIB.	X								
	CERTIDÃO -TRT 6ª REGIÃO					DECLARAÇÕES COM FIRMA RECONHECIDA				
	CERT NEG DÉB FISCAIS ESTADO				SERÃO DESCLASSIFICADAS AS PROPOSTA QUE:					
	CONTRATO EMPRESA RESÍDUOS				7.3.1 Cujo objeto não atenda as especificações, prazos e condições fixados neste edital e seus anexos; 7.3.2 Que por ação da licitante ofertante contenham elementos que permitam a sua identificação; 7.3.3 Estipule preços inexequíveis ou acima do máximo definido para a contratação, global e unitariamente;					
	BOMBEIROS				INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA:					
	IDONEIDADE FINANCEIRA									
	MANUAL DE BOAS PRÁTICAS				OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:					
X	PROCURAÇÃO ERIKA MILLANE	X			E-mail: vcristinas@prefeitura.sp.gov.br / Tel.: 11 5461-8927					
ENVELOPE HAB.	SECRETARIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO/SP	X			RECEB. NOME:_____ EM:_____					