

|                       |   |                 |   |  |  |       |
|-----------------------|---|-----------------|---|--|--|-------|
| DATA DA LEITURA:      | 02/09/2025  | ORGÃO:          | FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  |  |  |       |
| CÓDIGO                | ID 10919 - UG: 294200   | VENDEDOR:       | ERIKA MILLANE BRAZ MONTEIRO   |  |  |       |
| PROCESSO              | nº SEI-080002/003039/2025                                       | MODALIDADE:     | PREGÃO ELETRÔNICO Nº 137/2025   |  |  |       |
| ABERTURA              | 08/09/2025  | OBJETO:         | MEDICAMENTOS  |  |  |       |
| HORA                  | 10:00   | VALIDA PROP.    | 120 DIAS  |  |  |       |
| JULGAMENTO            | ITEM  | ENTREGA         | 20 DIAS   |  |  |       |
| CASAS DEC.:           | 4 CASAS   | PAGAMENTO       | 30 DIAS   |  |  |       |
| LEI 14.133/2021       | SIM   | PRAZO DA DOC.   | READEQUADA C/A. DIGITAL + DOCS COMPLEMENTARES, VIA SISTEMA, PRAZO 2H, (www.compras.rj.gov.br) |  |  |       |
| VIGÊNCIA              | 12 MESES  | SISTEMA         |   |  |  |       |
| LEITURA POR:          | JOICE EDUARDA   | MODO DE DISPUTA | ABERTO  |  |  |       |
| Págs                  | DOCUMENTOS EXIGIDOS   | H P F           | Págs  | DOCUMENTOS EXIGIDOS  | Obs. H P F                                 |       |
| TR 5. 4.              | CONTRATO SOCIAL   | X               | ANEXO II  | PREÇO COM/SEM ICMS: UNIT e TOTAL   | PROPOSTA                                   |       |
| TR 5. 4.              | 41º ALTERAÇÃO CONS.   | X               | TR 13.  | GARANTIA CONTRATUAL: 5%  | CONTRATO                                   |       |
| TR 5. 1.              | CNH – DOS SÓCIOS  | X               | 1.2.  | INSERIR CÓDIGO SIGA/ID SIGA/CATMAT   | PROPOSTA                                   |       |
| TR 7. 1.              | CNPJ. Cod: 6  | X               | 7.10  | AMOSTRAS   | PODERÁ                                     |       |
| TR 7. 3.              | FGTS  | X               |   | BOAS PRÁTICAS DE FABR.   |  |       |
| TR 7. 2.              | INSS  | X               |   | CBPF DE ORIGEM + TRADUÇÃO  |  |       |
| TR 7. 2.              | CERT. FEDERAL   | X               | 5.1.2 / 5.1.3   | INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA  | ANEXO I - TR                               |       |
| TR 7. 12.             | CERT. ESTADUAL  | X               |   | PROCEDÊNCIA E ORIGEM   |  |       |
|                       | DIVIDA ATIVA ESTADUAL   |                 |   | DIGITAR CONFORME ANEXO   |  |       |
| TR 7. 13.             | CERT. MUNICIPAL   | X               | TR - 4. 4.  | REGISTRO DE MEDICAMENTO  | ANVISA E DOU                               |       |
|                       | CERTIDÃO IPTU   |                 |   | REGISTRO MATERIAL  | X  |       |
| TR 7. 6.              | CIM   | X               | TR - 4. 4.  | RG/MS MED - PET 01 ( ) 02 ( )  | SE FOR O CASO                              |       |
| TR 7. 6.              | INSCRIÇÃO ESTADUAL  | X               | TR - 4. 4.  | CERT. DE ISENÇÃO + CÓPIA DO RÓTULO   | X  |       |
| TR 7. 5.              | MTE – DÉBITOS TRABALHISTAS                                      | X               | TR - 4. 5.  | NOTIFICAÇÃO SIMPLIFICADA + CÓPIA DO RÓTULO   | X  |       |
|                       | MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ                                     |                 |   | Nº DO ITEM NO CBPF   |  |       |
|                       | BALANÇO   |                 |   | Nº DO RG/MS NA PROPOSTA  | 13 DIGITOS                                 |       |
|                       | CERT. CONTADOR CRC  |                 |   | Nº DO ITEM NO REGISTRO   |  |       |
| TR 6. 2. 90 DIAS      | CERTIDÃO DE FALÉNCIA  | X               |   | LIC. FUN. EST. - CORRE. FABR.  |  |       |
|                       | CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM  |                 | TR 2.3.   | Estão sujeitos à Isenção - convênio ICMS 32/2014 (destinados a medicamentos utilizados no tratamento do Câncer) e à CAP, aqueles itens com os símbolos #ICMS e #CAP. Os demais itens, não se aplicam às situações citadas.   |  |       |
|                       | CARTÓRIOS PROTESTO  |                 | TR 9. 2.  | VALIDADE DOS PRODUTOS:   | MÍNIMO 85%                                 |       |
|                       | CERTIDÃO DO FORO  |                 |   | PROPOSTA VIA 1   | X  |       |
| TR - 4. 1.            | LIC. FUNC. - MEDICAMENTO  | X               |   | PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO.  |  |       |
|                       | LIC. FUNC. - MATERIAL   |                 | TR 8.   | BULA   | X  |       |
| TR - 4. 2.            | AFE COMUM - ANVISA  | X               | 7.6   | EXEQUIBILIDADE   | PODERÁ                                     |       |
| TR - 4. 2.            | AFE COMUM - DOU   | X               | TR 10.2.  | OBSERVAR LOCAIS DE ENTREGA   | X  |       |
| TR - 4. 2.            | AFE ESPECIAL - ANVISA   | X               | ANEXO II - PÁG 26   | INSERIR DECLARAÇÃO   | PROPOSTA                                   |       |
| TR - 4. 2.            | AFE ESPECIAL - DOU  | X               |   | NAO ACEITA PROTOCOLO   |  |       |
|                       | AFE CORRELATO - ANVISA  |                 |   | ENVELOPE PROP.   | FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO |       |
|                       | AFE CORRELATOS - DOU  |                 |   | PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO:  |  |       |
| TR - 4. 1.            | ALVARÁ LOCALIZAÇÃO  | X               |   | 5.1 O licitante deverá enviar sua proposta mediante o preenchimento, no sistema eletrônico, dos seguintes campos: 5.1.1 Valor ou desconto.....(mensal, unitário, etc, conforme o caso) e .....(anual, total) do item; 5.1.2 Marca; 5.1.3 Fabricante; 5.1.4 Descrição do objeto, contendo as informações similares à especificação do Termo de Referência; 5.2 Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam o licitante.   |  |       |
|                       | SIMPLIFICADA - JUCEPE   |                 |   | INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES:   |  |       |
| TR 4. 6.              | CONSELHO DE FARMÁCIA  | X               |   | Critério de Julgamento: Menor preço total por item. 6.5 O lance deverá ser ofertado pelo valor total do item. 6.6 O intervalo mínimo deverá ser de R\$ 0,01 (um centavo). 7.5 É indício de inexequibilidade das propostas valores inferiores a 50%.  |  |       |
| TR 4. 6.              | CERTIDÃO FARMÁCIA   | X               |   | INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS:   |  |       |
| TR 4. 6.              | DOC. FARMACÊUTICO   | X               |   | 7.1.4 O Pregoeiro designará prazo ao licitante mais bem classificado de, no mínimo 2 (duas) horas, compatível com a complexidade do objeto, para que envie a proposta adequada, acompanhada, se for o caso, dos documentos complementares.   |  |       |
|                       | CRC NA PREFEITURA   |                 | Págs  | DECLARAÇÕES  |  | H P F |
|                       | CADFOR  |                 |   | DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR   |  |       |
| TR 7. 12.             | CERTIDÃO DO ICMS  | X               |   | DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS   |  |       |
| 8.1 a) CONSULTA       | SICAF   |                 |   | DEC. DE REQ. DE HAB.   |  |       |
| TR - 4. 3. 5%         | ATEST DE CAP TEC PUBLIC.  | X               |   | DADOS DO REPRESENTANTE   |  |       |
| TR - 4. 3. 5%         | ATEST DE CAP TEC PRIVAD   | X               |   | CARTA CREDENCIAMENTO   |  |       |
|                       | ATEST CAP PUBLIC CONTRATO                                       |                 | TR 7. 4.  | DECLARAÇÃO GERAL   | VII/III/IV/V                               | X     |
|                       | RELAÇÃO DE APENADOS - TCE SP                                    |                 |   | X  | DADOS DA EMPRESA                           | X     |
| 8.1 b) c) d) CONSULTA | CERTIDÃO DO CEIS/CNJ/CNEP                                       |                 |   |  |  |       |
|                       | CERTIDÃO DO CNJ   |                 |   |  |  |       |
| 8.1 e) f) CONSULTA    | CERTIDÃO DO TCU/SIGA  |                 |   |  |  |       |
|                       | CERT. PROTESTO DOS SÓCIOS                                       |                 |   | DECLARAÇÕES COM FIRMA RECONHECIDA  |  |       |
|                       | DECRETO FAZENDA MUNICIPAL                                       |                 |   | SERÃO DESCLASSIFICADAS AS PROPOSTA QUE:  |  |       |
|                       | CERT. DISTRIBUIÇÃO FEDERAL                                      |                 |   | 7.3 Será desclassificada a proposta vencedora que: 7.3.1 contriver vícios insanáveis; 7.3.2 não obedecer às especificações técnicas contidas no Termo de Referência; 7.3.3 apresentar preços inexequíveis ou permanecerem acima do preço máximo definido para a contratação; 7.3.4 não tiverem sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração; 7.3.5 apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste Edital ou seus anexos, desde que insanável. |  |       |
|                       | CERTIDÃO - TRT 6º REGIÃO  |                 |   | INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA:   |  |       |
|                       | CERT NEG DÉB FISCAIS ESTADO                                     |                 |   | 3.5 No presente processo licitatório não há participação exclusiva de microempresas e empresas de pequeno porte, nos termos do art. 48 da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006.  |  |       |
|                       | CONTRATO EMPRESA RESÍDUOS                                       |                 |   | OUTRAS OBSERVACÕES COMPLEMENTARES:   |  |       |
|                       | BOMBEIROS   |                 |   | e-mail: licitacao@fs.rj.gov.br   |  |       |
| TR 7. 8. PGE/CONFAZ   | Prova de regularidade com a Fazenda do Estado do Rio de Janeiro | X               |   | RECEB. NOME: _____ EM: _____   |  |       |
|                       | MANUAL DE BOAS PRÁTICAS   |                 |   |  |  |       |
| X                     | PROCURAÇÃO ERIKA MILLANE  | X               |   |  |  |       |
| ENVELOPE HAB.         | FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO                      | X               |   |  |  |       |