

**A documentação após a disputa**

DATA DA LEITURA:		25/09/2024		ORGÃO:		SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE FORTALEZA/CE	
CODIGO		2553 UASG: 927744		VENDEDOR:		MARIA EMILIA DE SOUZA FERRAZ	
PROCESSO		ADMINISTRATIVO Nº P250015/2024		MODALIDADE:		PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90249/2024	
ABERTURA		27/09/2024		OBJETO:		MATERIAL HOSPITALAR (CORRELATOS)	
HORA		10:00		VALIDA.PROP.		60 DIAS	
JULGAMENTO		ITEM		ENTREGA		10 (DEZ) DIAS ÚTEIS	
CASAS DEC.:		04 (QUATRO) CASAS DECIMAIS NOS VALORES UNITÁRIOS E 2 (DUAS) CASAS DECIMAIS NOS VALORES GLOBAIS		PAGAMENTO		30 Dias	
LEI 14.133/2021		SIM		PRAZO DA DOC. SISTEMA		5.22.4. PROPOSTA ADEQUADA + DOC. DE HAB. - 2 (DUAS) HORAS	
VIGENCIA		12 MESES					
LEITURA POR:		JAIRO SOARES					
Págs		DOCUMENTOS EXIGIDOS		MODO DE DISPUTA		ABERTO E FECHADO	
				Págs		DOCUMENTOS EXIGIDOS	
						Obs.	
						H P F	
10.5.	CONTRATO SOCIAL	X				AFE COMUM LABORATORIO	
10.5.	41ª ALTERAÇÃO CONS.	X				AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO	
10.5.	CNH - DOS SÓCIOS	X				AFE CORRELATO LABORATORIO	
X	CNPJ. Cod: 6	X			ANEXO I - 9.1.1. - 3 (TRÊS) DIAS ÚTEIS	AMOSTRAS	VENCEDOR
10.11.2.	FGTS	X			ANEXO I e ANEXO VIII	CÓDIGO COMPRASFOR e CATMAT	X
X	INSS	X				CBPF DE ORIGEM + TRADUÇÃO	
10.11.1.1.	CERT. FEDERAL	X			4.1.2 e 4.1.3	INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA	X
10.11.1.2.	CERT. ESTADUAL	X				PROCEDÊNCIA E ORIGEM	
	DIVÍDUA ATIVA ESTADUAL				4.1.4.	DIGITAR CONFORME ANEXO	ANEXO I
10.11.1.3.	CERT. MUNICIPAL	X				REGISTRO DE MEDICAMENTO	
	CERTIDÃO IPTU				ANEXO I - 8.3. e APÊNDICE DO ANEXO I - 2	REGISTRO MATERIAL	X
X	CIM	X				RG/MS MED - PET 01 ( ) 02 ( )	
X	INSCRIÇÃO ESTADUAL	X				RG/MS MAT - PET 01 ( ) 02 ( )	
10.11.5.	MTE - DÉBITOS TRABALHISTAS	X				PROTOCOLO ( )	
	MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ					Nº DO ITEM NO CBPF	
10.10.3 (2022 e 2023)	BALANÇO	X				Nº DO RG/MS NA PROPOSTA	
10.10.3	CERT. CONTADOR CRC	X				Nº DO ITEM NO REGISTRO	
10.10.1. - 90 DIAS	CERTIDÃO DE FALÊNCIA	X				LIC. FUN. EST. - CORRE. FABRI.	
	CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM					LIC. FUNC. EST. MED. FRABRI.	
	CARTÓRIOS PROTESTO				ANEXO I - 8.4. NO MÍNIMO	VALIDADE DOS PRODUTOS:	75%
	CERTIDÃO DO FORO					PROPOSTA VIA 1	
	LIC. FUNC. - MEDICAMENTO					PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO.	
X	LIC. FUNC. - MATERIAL	X				BULA	
	AFE COMUM - ANVISA				ANEXO II - PÁG. 61	INSERIR DECLARAÇÕES NA PROPOSTA	X
	AFE COMUM - DOU					PROPOSTA COM FIRMA RECONHECIDA	
	AFE ESPECIAL - ANVISA					NÃO ACEITA PROTOCOLO	
	AFE ESPECIAL - DOU					SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE FORTALEZA/CE	
X	AFE CORRELATO - ANVISA	X			ENVELOPE PROP.		X
X	AFE CORRELATOS - DOU	X					
						<b>PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO:</b>	
X	ALVARÁ LOCALIZAÇÃO	X				4.1 O licitante deverá enviar sua proposta mediante o preenchimento, no sistema eletrônico, dos seguintes campos:	
						4.1.1 VALOR UNITÁRIO (R\$) E "VALOR TOTAL (R\$)", os preços referentes a cada item, incluídos todos os custos diretos e indiretos, em conformidade com as especificações deste Edital. 4.1.2 Marca; 4.1.3 Fabricante; 4.1.4 Descrição do objeto, contendo as informações similares à especificação do Termo de Referência;	
10.10.9.	SIMPLIFICADA - JUCEPE	X					
X	SIMPLIFICADA - ESPECÍFICA	X				<b>INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES:</b>	
						5.6 O lance deverá ser ofertado pelo valor unitário do item. 5.6.1 Os preços deverão ser expressos em reais, com até 04 (quatro) casas decimais em seus valores unitários e com até 02 (duas) casas decimais em seus valores globais, inclusive em propostas de adequação, quando for o caso. 5.9 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 R\$ 0,01 (um centavo). 5.19 Caso o licitante não apresente lances, concorrerá com o valor de sua proposta. 6.8 No caso de bens e serviços em geral, é indicio de inexequibilidade das propostas valores inferiores a 50% (cinquenta por cento) do valor orçado pela Administração.	
	CONSELHO DE FARMÁCIA					<b>INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS:</b>	
	CERTIDÃO FARMÁCIA					5.22.4 O pregoeiro solicitará ao licitante mais bem classificado que, no prazo de 2 (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.	
	DOC. FARMACÊUTICO						
	CRC NA PREFEITURA CADFOR						
	CERTIDÃO DO ICMS						
10.1.1.	SICAF	X				Págs	DECLARAÇÕES
10.9.1.	ATEST DE CAP TEC PUBLIC.	X					H P F
10.9.1.	ATEST DE CAP TEC PRIVAD	X					
	ATEST CAP PUBLIC CONTRATO				7.6, 7.7, 7.8 e 10.11.6.	DECLARAÇÃO GERAL	X
	RELAÇÃO DE APENADOS - TCE SP					DADOS DA EMPRESA	X
	CERTIDÃO DO CEIS				3.6	DE CONDUTA ÉTICA E ANTICORRUPÇÃO	ANEXO VII
	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						
						<b>DECLARAÇÕES COM FIRMA RECONHECIDA</b>	
						<b>SERÃO DESCLASSIFICADAS AS PROPOSTA QUE:</b>	
						6.7. Será desclassificada a proposta vencedora que:	
						6.7.1. Contiver vícios insanáveis;	
						6.7.1.1. No caso de reprovação de AMOSTRA após análise técnica.	
						6.7.2. Não obedecer às especificações técnicas contidas no Termo de Referência;	
						Apresentar preços inexequíveis ou permanecerem acima do preço máximo definido para a contratação;	
						6.7.3. Não tiverem sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração;	
						6.7.4. Apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste Edital ou seus anexos, desde que insanável.	
						<b>INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA:</b>	
						2.5 Os itens 02, 04, 06 e 08 estão para a COTA RESERVADA.	
						2.6 Os itens 01, 03, 05 e 07 são para AMPLA CONCORRÊNCIA.	
	MANUAL DE BOAS PRÁTICAS					<b>OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:</b>	
X	PROCURAÇÃO MARIA EMILIA	X				Esclarecimentos: Fone: (85) 3452-3483. E-mail: licitacao@clfor.fortaleza.ce.gov.br	
ENVELOPE HAB.	SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE FORTALEZA/CE	X				RECEB. NOME:	EM: