

|                     |              |                     |                                         |  |  |
|---------------------|--------------|---------------------|-----------------------------------------|--|--|
| <b>DATA LEITURA</b> | 17/09/2024   | <b>ORGÃO:</b>       | PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ADÉLIA/SP |  |  |
| <b>CNPJ</b>         |              | <b>VENDEDOR:</b>    | WELLINGTON                              |  |  |
| <b>PROCESSO</b>     | nº: 119/2024 | <b>MODALIDADE:</b>  | PREGÃO PRESENCIAL Nº. 032/2024          |  |  |
| <b>ABERTURA</b>     | 19/09/2024   | <b>OBJETO:</b>      | MEDICAMENTO                             |  |  |
| <b>HORA</b>         | 08:00        | <b>VALIDA.PROP.</b> | 60 DIAS                                 |  |  |
| <b>JULGAMENTO</b>   | ITEM         | <b>ENTREGA</b>      | 02 DIAS                                 |  |  |
| <b>CASAS DEC.:</b>  | 4 CASAS      | <b>PAGAMENTO</b>    | 30 Dias                                 |  |  |
| <b>VIGENCIA</b>     | 12 MESES     | <b>CAUCAO:</b>      |                                         |  |  |

  

| LEITURA POR: | BARBARA COSTA               | ENVELOPE | DIGITADOR:     | DOCUMENTOS EXIGIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | OBS:      | ENVELOPE |
|--------------|-----------------------------|----------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|
| Págs.        | DOCUMENTOS EXIGIDOS         | H P F    | Págs.          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           | H P F    |
| 8.1 b)       | CONTRATO SOCIAL             | X        |                | EXEQUIBILIDADE, 2 DIAS ÚTEIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |          |
| 8.1 b)       | 41ª ALTERAÇÃO               | X        |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |          |
| 8.1 b)       | CNH – DOS SÓCIOS            | X        |                | AFE CORRELATO LABORATORIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |          |
| 8.2 a)       | CNPJ                        | X        |                | AMOSTRAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |          |
| 8.2 d)       | FGTS                        | X        |                | BOAS PRÁTICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |          |
| X            | INSS                        | X        |                | PROCURAÇÃO DE MARIA EMILIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |          |
| 8.2 c)       | CERT. FEDERAL               | X        | ANEXO II       | MARCA E/OU MODELO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | PROPOSTA  |          |
| 8.2 c)       | CERT. ESTADUAL              | X        |                | PROCEDÊNCIA E ORIGEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |          |
|              | #REF!                       |          | 4.7.           | DIGITAR CONFORME ANEXO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ANEXO I   |          |
| 8.2 c)       | CERT. MUNICIPAL             | X        |                | REGISTRO DE MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |          |
|              | CERTIDÃO IPTU               |          |                | REGISTRO MATERIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |          |
| 8.2 b)       | CIM                         | X        |                | RG/MS MED - PET 01 ( ) 02 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |          |
| 8.2 b)       | INSCRIÇÃO ESTADUAL          | X        |                | RG/MS MAT - PET 01 ( ) 02 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |          |
| 8.2 e)       | MTE – DÉBITOS TRABALHISTAS  | X        |                | VALOR TOTAL ESTIMADO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |          |
|              | MTE - CRIANÇA E ADOLESCENTE |          |                | Nº DO ITEM NO CBPF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |          |
|              | BALANÇO                     |          |                | Nº DO RG/MS NA PROPOSTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |          |
|              | CRC DO CONTADOR             |          |                | Nº DO ITEM NO REGISTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |          |
| X            | CERTIDÃO DE FALÊNCIA        | X        |                | LAUDO DE CONTROLE DE QUALIDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |          |
|              | CERTIDÃO DE DISTRIBUIÇÃO    |          |                | LIC. FUN. EST. - MEDI. FABRI.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |          |
|              | CERTIDÃO DE PROTESTO        |          |                | VALIDADE DOS PRODUTOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |          |
|              | #REF!                       |          | X              | PROPOSTA VIA 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | X         | X        |
| X            | LIC. FUNC. - MEDICAMENTO    | X        | 5.1            | CD PROGRAMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | PROGRAMA  | X        |
|              | LIC. FUNC. - MATERIAL       |          | ANEXO II       | DADOS DO RESPONSÁVEL PELA ASSINATURA DO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PROPOSTA  |          |
| X            | AFE COMUM - ANVISA          | X        | 8.4            | DOCUMENTAÇÃO REPRESENTANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | X         | X        |
| X            | AFE COMUM - DOU             | X        | ANEXO II       | DADOS DO REPRESENTANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | PROPOSTA  |          |
| X            | AFE ESPECIAL - ANVISA       | X        |                | PROPOSTA COM FIRMA RECONHECIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |          |
| X            | AFE ESPECIAL - DOU          | X        |                | NÃO ACEITA PROTOCOLO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |          |
|              | AFE CORRELATO - ANVISA      |          | ENVELOPE PROP. | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAPOROROCA/PB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           | X        |
|              | AFE CORRELATOS - DOU        |          |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |          |
| X            | ALVARÁ LOCALIZAÇÃO          | X        |                | 4.7. A participação no Pregão Presencial dar-se-á pela apresentação formal da Proposta Comercial, conforme especificações do Anexo I, onde constarão os valores unitários e o valor Total do Item. / 5.1- Na data, local e horário indicados no Edital, as licitantes apresentarão seus envelopes à Comissão, através de seu representante ou via correio, portando o envelope Proposta, fechado, denominado "Envelope 1", bem como proposta digital. / 5.3. Nas propostas serão consideradas obrigatoriamente: a) preço unitário e valor total em moeda corrente nacional, em algarismo com no máximo quatro casas decimais; |           |          |
|              | SIMPLIFICADA - JUCEPE       |          |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |          |
|              | SIMPLIFICADA - ESPECÍFICA   |          |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |          |
|              | CONSELHO DE FARMÁCIA        |          |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |          |
|              | CERTIDÃO FARMÁCIA           |          |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |          |
|              | DOC. FARMACÊUTICO           |          |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |          |
|              | CONSOLIDADA TCU             |          |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |          |
|              | CADFOR                      |          |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |          |
|              | CERTIDÃO DO ICMS            |          |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |          |
|              | SICAF                       |          |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |          |
| X            | ATEST DE CAP TEC PUBLIC.    | X        |                | DADOS DO REPRESENTANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |          |
| X            | ATEST DE CAP TEC PRIVAD     | X        |                | CARTA CREDENCIAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |          |
|              | ATEST CAP PUBLIC CONTRATO   |          |                | DECLARAÇÃO GERAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           | X        |
|              | PROCURAÇÃO FREDERICO        |          |                | DADOS DA EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           | X        |
|              | COMPROV RESID. DA EMPRESA   |          | 4.2.           | DE CUMPRIMENTO AOS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ANEXO VI  | X        |
|              | COMPROV RESID. DOS SÓCIOS   |          | 8.3            | DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ANEXO III | X        |
|              | CONTRATO EMPRESA RESÍDUOS   |          | 8.3            | QUE NÃO EMPREGA MENORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ANEXO IV  | X        |
|              | BOMBEIROS                   |          |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |          |
|              | MANUAL DE BOAS PRÁTICAS     |          |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |          |
|              | PROCURAÇÃO FERNANDA LONGA   |          |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |          |
| Págs.        | CONTRATOS                   | DIAS     |                | DECLARAÇÕES COM FIRMA RECONHECIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |          |
|              | PRAZO REFORMULADA           |          |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |          |
|              | PRAZO ASS. DO CONTRATO      |          |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |          |

  

|                      |                                  |   |  |  |              |     |
|----------------------|----------------------------------|---|--|--|--------------|-----|
| <b>ENVELOPE HAB.</b> | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAP | X |  |  | RECEB. NOME: | EM: |
|----------------------|----------------------------------|---|--|--|--------------|-----|

Fone Fax: (17) 3571-3700