

| DATA DA LEITURA: | 02/10/2024 | ORGÃO: | SES - HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS-WALDEMAR SEYSSSEL-ARRELI/SP | | | | | | | |
|------------------|---|-----------------|---|---|-------------|--|---|-----------|---|-------|
| CODIGO | UASG 090168 | VENDEDOR: | MARIA EMILIA DE SOUZA FERRAZ | | | | | | | |
| PROCESSO | Nº SEI 024.00126821/2024-73 | MODALIDADE: | PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90056/2024 | | | | | | | |
| ABERTURA | 04/10/2024 | OBJETO: | MEDICAMENTOS | | | | | | | |
| HORA | 09:00 | VALIDA.PROP. | 60 DIAS | | | | | | | |
| JULGAMENTO | ITEM | ENTREGA | 15 Dias | | | | | | | |
| CASAS DEC.: | 4 CASAS | PAGAMENTO | 30 Dias | | | | | | | |
| LEI 14.133/2021 | SIM | PRAZO DA DOC. | 6.22.4 ADEQUADA PRAZO DE 2 (DUAS) HORAS / 8.9.1 HABILITAÇÃO PRAZO DE 2 (DUAS) HORAS | | | | | | | |
| VIGENCIA | 15 DIAS | 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 |
| 8.4.4 | CONTRATO SOCIAL | X | | | | AFE COMUM LABORATORIO | | | | |
| 8.4.4 | 41ª ALTERAÇÃO CONS. | X | | | | AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO | | | | |
| 8.4.1 | CNH - DOS SÓCIOS | X | | | | AFE CORRELATO LABORATORIO | | | | |
| X | CNPJ. Cod: 6 | X | | | | AMOSTRAS | | | | |
| 8.5.3 | FGTS | X | | | | BOAS PRATICAS DE FABRI. | | | | |
| 8.5.2. | INSS | X | | | | CBPF DE ORIGEM + TRADUÇÃO | | | | |
| 8.5.2. | CERT. FEDERAL | X | | | 5.1.2 | INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA | X | | | |
| 8.5.6 | CERT. ESTADUAL | X | | | ANEXO IV.1 | PROCEDÊNCIA E ORIGEM | X | | | |
| | DIVIDA ATIVA ESTADUAL | | | | TR | DIGITAR CONFORME ANEXO | ANEXO I | | | |
| 8.5.6 | CERT. MUNICIPAL | X | | | 5.1.2/5.1.9 | REGISTRO DE MEDICAMENTO | PROPOSTA | X | X | |
| | CERTIDÃO IPTU | | | | | REGISTRO MATERIAL | | | | |
| 8.5.5. | CIM | X | | | 5.1.9 | RG/MS MED - PET 01 () 02 () | X | | | |
| 8.5.5. | INSCRIÇÃO ESTADUAL | X | | | | RG/MS MAT - PET 01 () 02 () | | | | |
| 8.5.4 | MTE - DÉBITOS TRABALHISTAS | X | | | 5.1.9 | PROTOCOLO () | X | | | |
| | MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ | | | | | Nº DO ITEM NO CBPF | | | | |
| | BALANÇO | | | | X | Nº DO RG/MS NA PROPOSTA | 13 DÍGITOS | | | |
| 8.6.2 | CERT. CONTADOR CRC | | | | | Nº DO ITEM NO REGISTRO | | | | |
| | CERTIDÃO DE FALÊNCIA | X | | | | LIC. FUN. EST. - CORRE. FABRI. | | | | |
| | CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM | | | | | LIC. FUNC. EST. MED. FRABRI. | | | | |
| | CARTÓRIOS PROTESTO | | | | 6.4. | VALIDADE DOS PRODUTOS: | 75% | | | |
| | CERTIDÃO DO FORO | | | | | PROPOSTA VIA 1 | | | | X |
| 8.4.11 | LIC. FUNC. - MEDICAMENTO | X | | | | PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO. | | | | |
| | LIC. FUNC. - MATERIAL | | | | 5.1.8 | BULA | PROPOSTA | X | X | |
| 8.4.11 | AFE COMUM - ANVISA | X | | | 7.11 | EXEQUIBILIDADE | PODERA | | | |
| 8.4.11 | AFE COMUM - DOU | X | | | TR | CÓDIGO CATMAT SIAFÍSICO | PROPOSTA | | | |
| 8.4.11 | AFE ESPECIAL - ANVISA | X | | | | PROPOSTA COM FIRMA RECONHECIDA | | | | |
| 8.4.11 | AFE ESPECIAL - DOU | X | | | | NÃO ACEITA PROTOCOLO | | | | |
| | AFE CORRELATO - ANVISA | | | | | ENVELOPE PROP. SES - HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS-WALDEMAR SEYSSSEL-ARRELI/SP | | | | X |
| | AFE CORRELATOS - DOU | | | | | PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO: | | | | |
| 8.4.11 | ALVARÁ LOCALIZAÇÃO | X | | | | 5.1.1. Valor unitário e total do item;5.1.2. Marca; fabricante e registro ANVISA 5.1.3. Fabricante;5.1.4. Quantidade cotada, devendo respeitar o mínimo especificado na documentação que constitui Anexo deste Edital. 5.1.5. Fator embalagem dos materiais contratados, especificando a quantidade de unidades por embalagem; 5.1.6. Prazo de validade; 5.1.7. o produto for injetável e estiver apresentado sob a forma de pó ou liofilizado, no preço cotado já deverá estar incluído o diluente. | | | | |
| X | SIMPLIFICADA - JUCEPE | X | | | | INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES: | | | | |
| X | SIMPLIFICADA - ESPECÍFICA | X | | | | 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 R\$ 0,01 (treze centavos) em relação ao item 01, R\$ 0,18 (dezoito centavos) em relação ao item 02, R\$ 0,01 (um centavos) em relação ao item 03, R\$ 0,01 (um centavos) em relação ao item 04, R\$ 0,01 (um centavos) em relação ao item 05, R\$ 0,06 (seis centavos) em relação ao item 06, R\$ 0,06 (seis centavos) em relação ao item 07, R\$ 0,17 (dezesete centavos) em relação ao item 08, R\$ 0,03 (três centavos) em relação ao item 09, R\$ 0,01 (um centavos) em relação ao item 10, R\$ 0,01 (um centavos) em relação ao item 11, R\$ 3,40 (três reais e quarenta centavos) em relação ao item 12, R\$ 0,10 (dez centavos) em relação ao item 13, R\$ 0,19 (dezenove centavos) em relação ao item 14 e R\$ 0,01 (um centavos) em relação ao item 15, e incidirá sobre o preço unitário do item.7.8. Caso seja definido no item 1 que o objeto da licitação consiste em fornecimento de bens ou prestação de serviços em geral (não definidos como serviços de engenharia), serão considerados índice de inexecução das propostas valores inferiores a 50% (cinquenta por cento) do valor orçado pela Administração. | | | | |
| 8.7.1 | CONSELHO DE FARMÁCIA | X | | | | INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINALS: | | | | |
| 8.7.1 | CERTIDÃO FARMÁCIA | X | | | | 6.22.4. O pregoeiro solicitará ao licitante mais bem classificado que, no prazo de 02 (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.8.9.1. Os documentos exigidos para habilitação que não estejam contemplados no Sifac serão enviados por meio do sistema, em formato digital, no prazo de 02 (duas) horas, prorrogável por igual período, contado da solicitação do pregoeiro. | | | | |
| 8.7.1 | DOC. FARMACÊUTICO | X | | | | Págs | DECLARAÇÕES | | | H P F |
| | CRC NA PREFEITURA CADFOR | | | | | | DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR | | | |
| X | CERTIDÃO DO ICMS | X | | | | | DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS | | | |
| X | SICAF | X | | | | | DEC. DE REQ. DE HAB. | | | |
| X | ATEST DE CAP TEC PUBLIC. | X | | | | | DADOS DO REPRESENTANTE | | | |
| X | 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/CNCIA/CEEP/TCESP | | | | | | UNIFICADA | ANEXO V.1 | X | |
| | 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 | | | | | | DECLARAÇÕES COM FIRMA RECONHECIDA | | | |
| | CONTRATO EMPRESA RESÍDUOS | | | | | | SERÃO DESCLASSIFICADAS AS PROPOSTA QUE: | | | |
| | BOMBEIROS | | | | | | 7.7.1. conter vícios insanáveis;7.7.2. não obedecer às especificações técnicas pormenorizadas neste Edital ou em seus Anexos; 7.7.3. apresentar preços inexequíveis ou permanecer acima do preço máximo definido para a contratação;7.7.4. não tiver sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração; | | | |
| | IDONEIDADE FINANCEIRA | | | | | | 7.7.5. apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste Edital ou seus Anexos, desde que insanável. | | | |
| | MANUAL DE BOAS PRÁTICAS | | | | | | INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA: | | | |
| X | PROCURAÇÃO MARIA EMILIA | X | | | | | 3.5.1. Para os itens objeto desta licitação, a participação é ampla, sendo aplicáveis as regras de tratamento favorecido constantes dos arts. 42 a 45 da Lei Complementar nº 123, de 2006, observado o disposto no § 2º do art. 4º da Lei nº 14.133, de 2021. | | | |
| ENVELOPE HAB. | SES - HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS-WALDEMAR SEYSSSEL-ARRELI/SP | X | | | | | OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES: | | | |
| | | | | | | | RECEB. NOME: _____ EM: _____ | | | |