

| DATA DA LEITURA: | | 01/11/2024 | | | ORGÃO: | | SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SP | | | | | | |
|------------------------|--|----------------------------------|--|--|-----------------|--|---|--|--|--|--|--|--|
| CODIGO | | ID 4274 | | | VENDEDOR: | | MARIA EMILIA DE SOUZA FERRAZ | | | | | | |
| PROCESSO | | nº 024.00131193/2024-48 | | | MODALIDADE: | | PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90108/2024 | | | | | | |
| ABERTURA | | 08/11/2024 | | | OBJETO: | | MEDICAMENTOS | | | | | | |
| HORA | | 08:45 | | | VALIDA.PROP. | | 60 DIAS | | | | | | |
| JULGAMENTO | | ITEM | | | ENTREGA | | 15 DIAS | | | | | | |
| CASAS DEC.: | | 4 CASAS | | | PAGAMENTO | | 30 DIAS | | | | | | |
| LEI 14.133/2021 | | SIM | | | PRAZO DA DOC. | | RADEQUADA + HAB, VIA SISTEMA, PRAZO 2H; | | | | | | |
| VIGENCIA | | 12 MESES | | | SISTEMA | | (www.gov.br/compras) | | | | | | |
| LEITURA POR: | | JOICE EDUARDA | | | MODO DE DISPUTA | | | ABERTO | | | | | |
| Págs | | DOCUMENTOS EXIGIDOS | | | Págs | | | DOCUMENTOS EXIGIDOS | | | Obs. | | |
| X | | CONTRATO SOCIAL | | | X | | | AFE COMUM LABORATORIO | | | | | |
| X | | 41ª ALTERAÇÃO CONS. | | | X | | | AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO | | | | | |
| X | | CNH - DOS SÓCIOS | | | X | | | AFE CORRELATO LABORATORIO | | | | | |
| X | | CNPJ. Cod: 6 | | | X | | | AMOSTRAS | | | | | |
| X | | FGTS | | | X | | | BOAS PRATICAS DE FABRI. | | | | | |
| X | | INSS | | | X | | | CBPF DE ORIGEM + TRADUÇÃO | | | | | |
| X | | CERT. FEDERAL | | | X | | | INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA | | | ANEXO I | | |
| X | | CERT. ESTADUAL | | | X | | | PROCEDÊNCIA E ORIGEM | | | | | |
| X | | DIVIDA ATIVA ESTADUAL | | | X | | | DIGITAR CONFORME ANEXO | | | ANEXO I | | |
| X | | CERT. MUNICIPAL | | | X | | | REGISTRO DE MEDICAMENTO | | | X | | |
| X | | CERTIDÃO IPTU | | | X | | | REGISTRO MATERIAL | | | | | |
| X | | CIM | | | X | | | RG/MS MED - PET 01 () 02 () | | | SE FOR O CASO | | |
| X | | INSCRIÇÃO ESTADUAL | | | X | | | ISENÇÃO DO REGISTRO | | | | | |
| X | | MTE - DÉBITOS TRABALHISTAS | | | X | | | PROTOCOLO () | | | | | |
| X | | MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ | | | X | | | Nº DO ITEM NO CBPF | | | | | |
| X | | BALANÇO | | | X | | | Nº DO RG/MS NA PROPOSTA | | | 13 DÍGITOS | | |
| X | | CERT. CONTADOR CRC | | | X | | | Nº DO ITEM NO REGISTRO | | | | | |
| X | | CERTIDÃO DE FALÊNCIA | | | X | | | LIC. FUNC. EST. - CORRE. FABRI. | | | | | |
| X | | CARTÓRIOS DISTRIB/PATIM | | | X | | | LIC. FUNC. EST. MED. FRABRI. | | | | | |
| X | | CARTÓRIOS PROTESTO | | | X | | | VALIDADE DOS PRODUTOS: | | | 24 MESES | | |
| X | | CERTIDÃO DO FORO | | | X | | | PROPOSTA VIA 1 | | | X | | |
| X | | LIC. FUNC. - MEDICAMENTO | | | X | | | PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO. | | | | | |
| X | | LIC. FUNC. - MATERIAL | | | X | | | 5. a) BULA | | | X | | |
| X | | AFE COMUM - ANVISA | | | X | | | 7.11. EXEQUIBILIDADE | | | PODERÁ | | |
| X | | AFE COMUM - DOU | | | X | | | TR. CÓDIGO SIAFISCO | | | PROPOSTA | | |
| X | | AFE ESPECIAL - ANVISA | | | X | | | PROPOSTA COM FIRMA RECONHECIDA | | | | | |
| X | | AFE ESPECIAL - DOU | | | X | | | NÃO ACEITA PROTOCOLO | | | | | |
| X | | AFE CORRELATO - ANVISA | | | X | | | ENVELOPE PROP. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SP | | | X | | |
| X | | AFE CORRELATOS - DOU | | | X | | | PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO: | | | | | |
| X | | ALVARÁ LOCALIZAÇÃO | | | X | | | 5.1.1. Valor unitário e total do item. 5.2. Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam o licitante. | | | | | |
| X | | SIMPLIFICADA - JUCEPE | | | X | | | | | | | | |
| X | | SIMPLIFICADA - ESPECIFICA | | | X | | | | | | | | |
| 6. a) | | CONSELHO DE FARMÁCIA | | | X | | | MODO DE DISPUTA: ABERTO; 6.5. O lance deverá ser ofertado pelo valor unitário do item. 6.8. O intervalo mínimo deverá ser de R\$ 0,01 (um centavo). 6.9. O licitante poderá, uma única vez, excluir seu último lance ofertado, no intervalo de quinze segundos após o registro no sistema, na hipótese de lance inconsistente ou inexequível. 6.19. Caso o licitante não apresente lances, concorrerá com o valor de sua proposta. 7.8.), serão considerados indício de inexequibilidade das propostas valores inferiores a 50%; A aplicação do valor de redução mínima entre os lances incidirá sobre o preço unitário do item, por AMPOLA/FRASCO-AMPOLA/ SERINGA PREENCHIDA/ BOLSA. | | | | | |
| 6. a) | | CERTIDÃO FARMÁCIA | | | X | | | INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS: | | | | | |
| 6. a) | | DOC. FARMACÊUTICO | | | X | | | 6.22.4. O pregoeiro solicitará ao licitante mais bem classificado que, no prazo de 02 (duas) horas, envie a proposta adequada, acompanhada, se for o caso, dos documentos complementares. 8.9.1. Os documentos exigidos para habilitação o que não estejam contemplados no Sical serão enviados por meio do sistema, em formato digital, no prazo de 02 (duas) horas, prorrogável por igual período, contado da solicitação do pregoeiro. | | | | | |
| 7.1.1. CONSULTA | | CRC NA PREFEITURA CADFOR | | | X | | | Págs | | | DECLARAÇÕES | | |
| 6. b) 50% a 60% | | CERTIDÃO DO ICMS | | | X | | | | | | H P F | | |
| 6. b) 50% a 60% | | SICAF | | | X | | | | | | DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR | | |
| 7.1.5. CONSULTA | | ATEST DE CAP TEC PUBLIC. | | | X | | | | | | DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS | | |
| 7.1.7. CONSULTA | | ATEST DE CAP TEC PRIVAD | | | X | | | | | | DEC. DE REQ. DE HAB. | | |
| 7.1.2./7.1.3. CONSULTA | | SANÇÕES ADMINISTRATIVAS | | | X | | | 8.4. / 8.5. / 8.6. | | | DADOS DO REPRESENTANTE | | |
| 7.1.4. CONSULTA | | RELAÇÃO DE APENADOS - TCE SP | | | X | | | X | | | CARTA CREDENCIAMENTO | | |
| | | CERTIDÃO DO CEIS/CNEP | | | X | | | EDITAL | | | DECLARAÇÃO GERAL | | |
| | | CERTIDÃO DO CNJ/CNCIAI | | | X | | | | | | DADOS DA EMPRESA | | |
| | | CERTIDÃO DO TCU | | | X | | | | | | DE ELABORAÇÃO INDEPENDENTE DE PROPOSTA | | |
| | | CERT PROTETO DOS SÓCIOS | | | X | | | | | | ANEXO III.2 | | |
| | | DECRETO FAZENDA MUNICIPAL | | | X | | | | | | | | |
| | | CERT DISTRIBUIÇÃO FEDERAL | | | X | | | | | | | | |
| | | CERTIDÃO -TRT 6ª REGIÃO | | | X | | | | | | | | |
| | | CERT NEG DÉB FISCAIS ESTADO | | | X | | | | | | | | |
| | | CONTRATO EMPRESA RESÍDUOS | | | X | | | DECLARAÇÕES COM FIRMA RECONHECIDA | | | | | |
| | | BOMBEIROS | | | X | | | SERÃO DESCLASSIFICADAS AS PROPOSTA QUE: | | | | | |
| | | IDONEIDADE FINANCEIRA | | | X | | | 7.7. Será desclassificada a proposta vencedora que: 7.7.1. contiver 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; 7.7.5. apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste Edital ou seus Anexos, desde que insanável. | | | | | |
| | | MANUAL DE BOAS PRÁTICAS | | | X | | | INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA: | | | | | |
| | | PROCURAÇÃO MARIA EMILIA | | | X | | | OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES: | | | | | |
| ENVELOPE HAB. | | SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SP | | | X | | | compras@crt.saude.sp.gov.br | | | | | |
| | | | | | | | | RECEB. NOME: _____ EM: _____ | | | | | |