DROGAFONTE
MEDICAMENTOS E MATERIAL HOSPITALAR

HABILITAÇÃO APÓS A DISPUTA!

DATA DA LEITURA:	31/10/2024	ORGÃO:	SES - CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS - SP
CODIGO	ID: 4281 - UASG 90110	VENDEDOR:	MARIA EMILIA DE SOUZA FERRAZ
PROCESSO	nº 024.00131145/2024-50	MODALIDADE:	PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90109/2024
ABERTURA	08/11/2024	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.	PROPOSTA FINAL + HABILITAÇÃO + REGISTRO + BULA - 02 HORAS
VIGENCIA	ATÉ O TERMINO DO EXERCÍCIO FINANCEIRO	SISTEMA	(www.gov.br/compras)
LEITURA POR:	BARBARA COSTA		

ENVELOPE				MODO DISPUTA	ABERTO		ENVELOPE		
Págs	DOCUMENTOS EXIGIDOS	H	P	F	Págs	DOCUMENTOS EXIGIDOS	Obs.	H	P	F
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			TR	INDICAR MARCA/FABRICANTE E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA	PROPOSTA			
X	CERT. ESTADUAL	X				PROCEDÊNCIA E ORIGEM				
	DIVIDA ATIVA ESTADUAL					DIGITAR CONFORME ANEXO				
X	CERT. MUNICIPAL	X			TR 5. b)	REGISTRO DE MEDICAMENTO	VENCEDOR			
	CERTIDÃO IPTU					REGISTRO MATERIAL				
X	CIM	X			TR 5. b)	RG/MS MED - PET 01 ( ) 02 ( )	X			
X	INSCRIÇÃO ESTADUAL	X				RG/MS MAT - PET 01 ( ) 02 ( )				
X	MTE – DÉBITOS TRABALHISTAS	X			TR 5. c)	ISENÇÃO DE REGISTRO	SE FOR O CASO			
	MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ					Nº DO ITEM NO CBPF				
X	BALANÇO	X				Nº DO RG/MS NA PROPOSTA				
X	CERT. CONTADOR CRC	X				Nº DO ITEM NO REGISTRO				
X	CERTIDÃO DE FALÊNCIA	X				LIC. FUN. EST. - CORRE. FABRI.				
	CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM					LIC. FUNC. EST. MED. FRABRI.				
	CARTÓRIOS PROTESTO				TR	VALIDADE DOS PRODUTOS:	VERIFICAR TR			
	CERTIDÃO DO FORO					PROPOSTA VIA 1			X	
X	LIC. FUNC. - MEDICAMENTO	X				PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO.				
	LIC. FUNC. - MATERIAL				TR 5. a)	BULA	VENCEDOR			
X	AFE COMUM - ANVISA	X			TR	INSERIR CÓDIGO SIAFISICO	PROPOSTA			
X	AFE COMUM - DOU	X								
X	AFE ESPECIAL - ANVISA	X				PROPOSTA COM FIRMA RECONHECIDA				
X	AFE ESPECIAL - DOU	X				NÃO ACEITA PROTOCOLO				
	AFE CORRELATO - ANVISA				ENVELOPE PROP.	SES - CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS - SP			X	
	AFE CORRELATOS - DOU				PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO:					
X	ALVARÁ LOCALIZAÇÃO	X			5.1.1. Valor unitário e total do item.					
X	SIMPLIFICADA - JUCEPE	X								
X	SIMPLIFICADA - ESPECÍFICA	X			INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES:					
6. a)	CONSELHO DE FARMÁCIA	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 deverá ser de R$ 0,01 (um centavo). / 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 indício de inexequibilidade das propostas valores inferiores a 50% (cinquenta por cento) do valor orçado pela Administração. // TR: A aplicação do valor de redução mínima entre os lances incidirá sobre o preço unitário do item, por CÁPSULA/ COMPRIMIDO/ COMPRIMIDO REVESTIDO/ FRASCO-AMPOLA/ SERINGA PREENCHIDA/ AMPOLA.				
6. a)	CERTIDÃO FARMÁCIA	X			INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS:					
6. a)	DOC. FARMACÊUTICO	X			4.1. Na presente licitação, a fase de habilitação sucederá as fases de apresentação de propostas e lances e de julgamento. / 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. / 8.7.1. Somente haverá a necessidade de comprovação do preenchimento de requisitos mediante apresentação dos documentos originais não-digitais quando houver dúvida em relação à integridade do documento digital ou quando a lei expressamente o exigir. / 8.9.1. Os documentos exigidos para habilitação que não estejam contemplados no Sicaf serão enviados por meio do sistema, em formato digital, no prazo de 02 (duas) horas, prorrogável por igual período, contado da solicitação do pregoeiro.				
	CRC NA PREFEITURA				Págs	DECLARAÇÕES		H	P	F
	CADFOR					DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR				
X	CERTIDÃO DO ICMS	X				DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS				
7.1.1.	SICAF	X				DEC. DE REQ. DE HAB.				
6. b)	ATEST DE CAP TEC PUBLIC.	X				DADOS DO REPRESENTANTE				
6. b)	ATEST DE CAP TEC PRIVAD	X				CARTA CREDENCIAMENTO				
	ATEST CAP PUBLIC CONTRATO					DECLARAÇÃO GERAL	ANEXO III.1	X		
	CONSOLIDADA TCU					DADOS DA EMPRESA		X		
7.1.2. 7.1.3. CONSULTA	CERTIDÃO DO CEIS E CNEP	X			TR 5. d)	DE VALIDADE DOS PRODUTOS	X	X		
	CERTIDÃO DO CNJ					DE ELABORAÇÃO INDEPENDENTE DE PROPOSTA E ATUAÇÃO CONFORME AO MARCO LEGAL ANTICORRUPÇÃO	ANEXO III.2	X		
	CERTIDÃO DO TCU									
	CERT PROTESTO DOS SÓCIOS									
	DECRETO FAZENDA MUNICIPAL									
	CERT DISTRIBUIÇÃO FEDERAL									
	CERTIDÃO -TRT 6ª REGIÃO					DECLARAÇÕES COM FIRMA RECONHECIDA				
	CERT NEG DÉB FISCAIS ESTADO				SERÃO DESCLASSIFICADAS AS PROPOSTA QUE:					
	CONTRATO EMPRESA RESÍDUOS				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.				
	BOMBEIROS				INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA:					
	IDONEIDADE FINANCEIRA									
	MANUAL DE BOAS PRÁTICAS				OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:					
X	PROCURAÇÃO MARIA EMILIA	X			email: compras@crt.saude.sp.gov.br					
ENVELOPE HAB.	SES - CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS - SP	X			RECEB. NOME:_____ EM:_____					