

HABILITAÇÃO APÓS DISPUTA

DATA DA LEITURA:		04/11/2024		ORGÃO:		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS – CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS/SP						
CODIGO		ID 4436		VENDEDOR:		MARIA EMILIA DE SOUZA FERRAZ						
PROCESSO		Nº 024.00131424/2024-13		MODALIDADE:		PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90126/2024						
ABERTURA		11/11/2024		OBJETO:		MEDICAMENTOS						
HORA		13:00		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 AJUSTADA + HAB + REG + BULA ----> PRAZO 02 HORAS						
VIGENCIA		12 MESES		SISTEMA		www.gov.br/compras						
LEITURA POR:		TALITA PENA		MODO DE DISPUTA		ABERTO						
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			X	INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA		X			
X	CERT. ESTADUAL		X			X	PROCEDÊNCIA E ORIGEM		X			
	DIVIDA ATIVA ESTADUAL					TR	DIGITAR CONFORME ANEXO		ANEXO I			
X	CERT. MUNICIPAL		X			5. B	REGISTRO DE MEDICAMENTO		PROPOSTA	X		
	CERTIDÃO IPTU						REGISTRO MATERIAL					
X	CIM		X			5. B	RG/MS MED - PET 01 () 02 ()		X			
X	INSCRIÇÃO ESTADUAL		X				RG/MS MAT - PET 01 () 02 ()					
X	MTE – DÉBITOS TRABALHISTAS		X			5. B	PROTOCOLO ()		X			
	MTE – INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ						Nº DO ITEM NO CBPF					
X	BALANÇO		X			X	Nº DO RG/MS NA PROPOSTA		13 DÍGITOS			
X	CERT. CONTADOR CRC		X				Nº DO ITEM NO REGISTRO					
X	CERTIDÃO DE BALÊNCIA		X			5. C	ISENÇÃO DE RG		X			
	CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM						LIC. FUNC. EST. MED. FRABRI.					
	CARTÓRIOS PROTESTO						VALIDADE DOS PRODUTOS:					
	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					5. A	BULA		PROPOSTA	X		
X	AFE COMUM - ANVISA		X			7.11	EXEQUIBILIDADE		PODERA			
X	AFE COMUM - DOU		X			TR	CÓDIGO SIAFÍSICO		PROPOSTA			
X	AFE ESPECIAL - ANVISA		X				PROPOSTA COM FIRMA RECONHECIDA					
X	AFE ESPECIAL - DOU		X				NÃO ACEITA PROTOCOLO					
	AFE CORRELATO - ANVISA					ENVELOPE PROP.		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS – CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS SP				
	AFE CORRELATOS - DOU					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 - ESPECÍFICA		X									
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, 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).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 COMPRIMIDO.						
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 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 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 CADFOR					Págs	DECLARAÇÕES			H	P	F
X	CERTIDÃO DO ICMS		X				DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR					
7.1.1. - consulta	SICAF		X				DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS					
6 B 60%	ATEST DE CAP TEC PUBLIC.		X				DEC. DE REQ. DE HAB.					
6 B 60%	ATEST DE CAP TEC PRIVAD		X				DADOS DO REPRESENTANTE					
	ATEST CAP PUBLIC CONTRATO					8.4/8.5/8.6	CARTA CREDENCIAMENTO					
	RELAÇÃO DE APENADOS - TCE SP						DECLARAÇÃO GERAL		ANEXO III.1	X		
7.1. CONSULTA	CERTIDÃO DO CEIS/CNEP/CNCIAI/CEEP/TCE SP					TR 5. D	DADOS DA EMPRESA			X		
							CONFORME ITEM 5. D) DO TR			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											
	CERT NEG DÉB FISCAIS ESTADO											
							DECLARAÇÕES COM FIRMA RECONHECIDA					
							SERÃO DESCLASSIFICADAS AS PROPOSTA QUE:					
	CONTRATO EMPRESA RESÍDUOS						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; 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.	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS – CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS/SP		X			RECEB. NOME: _____ EM: _____						