

HABILITAÇÃO APÓS DISPUTA

DATA DA LEITURA:	28/11/2024	ORGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA/SP							
CODIGO	UASG 090201 - ID 5003	VEENDEDOR:	MARIA EMILIA DE SOUZA FERRAZ							
PROCESSO	Nº 024.00126103/2024-05	MODALIDADE:	PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90150/2024							
ABERTURA	04/12/2024	OBJETO:	MEDICAMENTOS							
HORA	10:00	VALIDA.PROP.	90 DIAS							
JULGAMENTO	ITEM	ENTREGA	15 DIAS CORRIDOS							
CASAS DEC.:	4 CASAS	PAGAMENTO	30 Dias							
LEI 14.133/2021	SIM	PRAZO DA DOC. SISTEMA	6.20.5 ADEQUADA + HABILITAÇÃO PRAZO DE 2 (DUAS) HORAS							
VIGENCIA	12 MESES		www.gov.br/compras							
LEITURA POR:	MARIA EDUARDA LIMA									
Págs	DOCUMENTOS EXIGIDOS	H	P	F	Págs	DOCUMENTOS EXIGIDOS	Obs.	H	P	F
8.7.	CONTRATO SOCIAL	X			8.26	AFE COMUM LABORATORIO	VENCEDOR			
8.7.	41ª ALTERAÇÃO CONS.	X			8.26	AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO	VENCEDOR			
8.4	CNH - DOS SÓCIOS	X				AFE CORRELATO LABORATORIO				
8.15	CNPJ. Cod: 6	X				AMOSTRAS				
8.17	FGTS	X			ANEXO III	UNIDADE DE MEDIDA	PROPOSTA			
8.16	INSS	X								
8.16	CERT. FEDERAL	X			5.1.2/5.1.3	INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA	X			
8.20.	CERT. ESTADUAL	X			3.A	PROCEDÊNCIA E ORIGEM	PROPOSTA			
	DIVIDA ATIVA ESTADUAL				TR	DIGITAR CONFORME ANEXO	ANEXO I			
8.20.	CERT. MUNICIPAL	X			3.C	REGISTRO DE MEDICAMENTO	DOU	X		
	CERTIDÃO IPTU				3.A	apresentação/embalagem comercial	PROPOSTA			
8.19	CIM	X			3.C	RG/MS MED - PET 01 () 02 ()	X			
8.19	INSCRIÇÃO ESTADUAL	X				RG/MS MAT - PET 01 () 02 ()				
8.18	MTE - DÉBITOS TRABALHISTAS	X			3.D	ISENÇÃO DE RG/ NOT SIMPLIFICADA	X			
	MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ				7.11	EXEQUIBILIDADE	PODERÁ			
	BALANÇO				3.A	Nº DO RG/MS NA PROPOSTA	13 DÍGITOS			
	CERT. CONTADOR CRC					Nº DO ITEM NO REGISTRO				
8.24	CERTIDÃO DE FALÊNCIA	X			3.F	TABELA CMED	PROPOSTA	X		
	CARTÓRIOS DISTRIB/PATRIM				5.13	SEGUIR TABELA CMED	PROPOSTA			
	CARTÓRIOS PROTESTO				ANEXO IV	VALIDADE DOS PRODUTOS:	75%			
	CERTIDÃO DO FORO					PROPOSTA VIA 1			X	
8.30	LIC. FUNC. - MEDICAMENTO	X				PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO.				
	LIC. FUNC. - MATERIAL				3.B	BULA	PROPOSTA	X		
8.30	AFE COMUM - ANVISA	X								
8.30	AFE COMUM - DOU	X			ANEXO III	CÓDIGO SIAFISICO/ CATMAT	PROPOSTA			
8.30	AFE ESPECIAL - ANVISA	X			5.12	LAUDO ANALITICO LABORATORIAL	ENTREGA			
8.30	AFE ESPECIAL - DOU	X			X	VALOR ESTIMADO R\$ 44.447.768,95	X			
	AFE CORRELATO - ANVISA				ENVELOPE PROP.	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA/SP			X	
	AFE CORRELATOS - DOU									
8.30	ALVARÁ LOCALIZAÇÃO	X				PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO:				
X	SIMPLIFICADA - JUCEPE	X				5.1.1. Valor unitário e total do item; 5.1.2. Marca; 5.1.3. Fabricante; 5.1.4. Quantidade cotada devendo respeitar o mínimo especificado na documentação que constitui Anexo deste Edital 5.2. Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam o licitante.				
X	SIMPLIFICADA - ESPECÍFICA	X				INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES:				
8.27	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/ 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 0,5% (cinco décimos por cento) para todos os itens./ 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 indicio de inexequibilidade das propostas valores inferiores a 50% (cinquenta por cento) do valor orçado pela Administração.				
8.27	CERTIDÃO FARMÁCIA	X				INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS:				
8.27	DOC. FARMACÊUTICO	X				4.1. Na presente licitação, a fase de habilitação sucederá às fases de apresentação de propostas e lances e de julgamento./ 6.20.5. O pregoeiro solicitará ao licitante mais bem classificado que, no prazo de 2 (duas) horas, envie a proposta adequada ao último lance ofertado após a negociação realizada, acompanhada, se for o caso, de 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 Sicafe serão enviados por meio do sistema, em formato digital, no prazo de 2 (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				
X	SICAF	X				DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS				
8.28 8%	ATEST DE CAP TEC PUBLIC.	X				DEC. DE REQ. DE HAB.				
8.28 8%	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	V.1	X		
7.1 CONSULTA	CERTIDÃO DO CEIS/CNEP/CNCIA/CEEP				8.30	DADOS DA EMPRESA		X		
	CERTIDÃO DO CNJ					CONFORME ITEM 8.30		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				caf-pregoes@saude.sp.gov.br				
ENVELOPE HAB.	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA/SP	X				RECEB. NOME: _____ EM: _____				