

HABILITAÇÃO APÓS DISPUTA

DATA DA LEITURA:	05/12/2024	ORGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS – CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS/SP							
CODIGO	ID. 5260 -	VENDEDOR:	MARIA EMILIA DE SOUZA FERRAZ							
PROCESSO	Nº 024.00131186/2024-46	MODALIDADE:	PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90142/2024							
ABERTURA	10/12/2024	OBJETO:	MEDICAMENTOS							
HORA	08:10	VALIDA.PROP.	60 DIAS							
JULGAMENTO	ITEM	ENTREGA	15 Dias							
CASAS DEC.:	4 CASAS	PAGAMENTO	30 Dias							
LEI 14.133/2021	SIM	PRazo DA Doc. SISTEMA	6.22.4 ADEQUADA + HABILITAÇÃO PRAZO DE 2 HORAS							
VIGENCIA	12 MESES		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				PROCEDENCIA E ORIGEM				
	DIVIDA ATIVA ESTADUAL				TR	DIGITAR CONFORME ANEXO	ANEXO I			
X	CERT. MUNICIPAL	X			TR 5. B	REGISTRO DE MEDICAMENTO	PROPOSTA	X		
	CERTIDÃO IPTU					REGISTRO MATERIAL				
X	CIM	X				RG/MS MED - PET 01 () 02 ()				
X	INSCRIÇÃO ESTADUAL	X				RG/MS MAT - PET 01 () 02 ()				
X	MTE – DÉBITOS TRABALHISTAS	X			TR 5. C	ISENÇÃO DE RG	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 FALÊNCIA	X				LIC. FUN. EST. - CORRE. FABRI.				
	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	PODERÁ			
X	AFE COMUM - DOU	X			TR	CÓDIGO SIAF	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 - ESPECIFICA	X			INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES:					
TR 6	CONSELHO DE FARMÁCIA	X			1.2. A licitação será dividida em itens/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 indicio de inexequibilidade das propostas valores inferiores a 50% (cinquenta por cento) do valor orçado pela Administração. 6.19. Caso o licitante não apresente lances, concorrerá com o valor de sua proposta. A aplicação do valor de redução mínima entre os lances incidirá sobre o preço unitário do item, por CÁPSULA/ COMPRIMIDO/ COMPRIMIDO REVESTIDO.					
TR 6	CERTIDÃO FARMÁCIA	X			INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS:					
TR 6	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				
X	SICAF	X				DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS				
TR 6 B 50 A 60%	ATEST DE CAP TEC PUBLIC.	X				DEC. DE REQ. DE HAB.				
TR 6 B 50 A 60%	ATEST DE CAP TEC PRIVAD	X				DADOS DO REPRESENTANTE				
	ATEST CAP PUBLIC CONTRATO					CARTA CREDENCIAMENTO				
	RELAÇÃO DE APENADOS - TCE SP				8.4./8.5/8.6	DECLARAÇÃO GERAL	ANEXO III.1	X		
7.1. CONSULTA	CERTIDÃO DO CEIS/CNEP/CNCIA/CEEP				5. D	DADOS DA EMPRESA		X		
	CERTIDÃO DO CNJ				X	CONFORME ITEM 5 d) DO TR		X		
	CERTIDÃO DO TCU					DE ELABORAÇÃO INDEPENDENTE DE PROPOSTA E ATUAÇÃO CONFORME AO MARCO LEGAL ANTICORRUPÇÃO	ANEXO III.2	X		
	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; 7.7.5. apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste Edital ou seus Anexos, desde que insanável				
	IDONEIDADE FINANCEIRA					INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA:				
	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: _____				