

| DATA DA LEITURA: | | 19/12/2024 | | | ORGÃO: | | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAPÉ/PB | | | | | |
|-------------------|-------------------------------------|---------------------|---|---|-----------------|--|--|--|-----------------|---|---|---|
| CODIGO | | ID 5690 | | | VENDEDOR: | | MARIA EMILIA DE SOUZA FERRAZ | | | | | |
| PROCESSO | | N° 241212PE00012 | | | MODALIDADE: | | PREGÃO ELETRÔNICO N° 00012/2024 | | | | | |
| ABERTURA | | 30/12/2024 | | | OBJETO: | | MEDICAMENTOS E MATERIAIS | | | | | |
| HORA | | 10:00 | | | VALIDA.PROP. | | 60 DIAS | | | | | |
| JULGAMENTO | | ITEM | | | ENTREGA | | 10 DIAS | | | | | |
| CASAS DEC.: | | 2 CASAS | | | PAGAMENTO | | 30 DIAS | | | | | |
| LEI 14.133/2021 | | SIM | | | PRAZO DA DOC. | | READEQUADA + HAB + DOC. TÉCNICA, VIA SISTEMA, PRAZO 2H; | | | | | |
| VIGENCIA | | 12 MESES | | | SISTEMA | | https://www.portaldecompraspublicas.com.br | | | | | |
| LEITURA POR: | | JOICE EDUARDA | | | MODO DE DISPUTA | | ABERTO | | | | | |
| Págs | | DOCUMENTOS EXIGIDOS | | | Págs | | DOCUMENTOS EXIGIDOS | | | | | |
| | | H | P | F | | | Obs. | H | P | F | | |
| 12.3.3. | CONTRATO SOCIAL | X | | | | | AFE COMUM LABORATORIO | | | | | |
| 12.3.3. | 41ª ALTERAÇÃO CONS. | X | | | | | AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO | | | | | |
| 12.3.3. | CNH - DOS SÓCIOS | X | | | | | AFE CORRELATO LABORATORIO | | | | | |
| 12.3.1. | CNPJ. Cod: 6 | X | | | | | AMOSTRAS | | | | | |
| 12.3.7. | FGTS | X | | | | | BOAS PRÁTICAS DE FABRI. | | | | | |
| 12.3.5. | INSS | X | | | | | CBPF DE ORIGEM + TRADUÇÃO | | | | | |
| 12.3.5. | CERT. FEDERAL | X | | | 9.1.3. | | INDICAR MARCA/FABRICANTE, MODELO E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA | ANEXO I - TR | | | | |
| 12.3.6. | CERT. ESTADUAL | X | | | 11.2.2. | | PROCEDÊNCIA E ORIGEM | PODERÁ | | | | |
| | DIVIDA ATIVA ESTADUAL | | | | 9.1.4. | | DIGITAR CONFORME ANEXO | ANEXO I - TR | | | | |
| 12.3.6. | CERT. MUNICIPAL | X | | | TR | | REGISTRO DE MEDICAMENTO | ALGUNS ITENS | X | | | |
| | CERTIDÃO IPTU | | | | | | REGISTRO MATERIAL | | X | | | |
| 12.3.2. | CIM | X | | | | | RG/MS MED - PET 01 () 02 () | | | | | |
| 12.3.2. | INSCRIÇÃO ESTADUAL | X | | | | | RG/MS MAT - PET 01 () 02 () | | | | | |
| 12.3.8. | MTE - DÉBITOS TRABALHISTAS | X | | | | | PROTOCOLO () | | | | | |
| | MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ | | | | | | Nº DO ITEM NO CBPF | | | | | |
| 12.3.4. 2022/2023 | BALANÇO | X | | | X | | Nº DO RG/MS NA PROPOSTA | 13 DÍGITOS | | | | |
| X | CERT. CONTADOR CRC | X | | | | | Nº DO ITEM NO REGISTRO | | | | | |
| 12.3.11. 30 DIAS | CERTIDÃO DE FALÊNCIA | X | | | | | LIC. FUNC. EST. - CORRE. FABRI. | | | | | |
| | CARTÓRIOS DISTRIB/PATIM | | | | | | LIC. FUNC. EST. MED. FRABRI. | | | | | |
| | CARTÓRIOS PROTESTO | | | | | | VALIDADE DOS PRODUTOS: | | | | | |
| | CERTIDÃO DO FORO | | | | | | PROPOSTA VIA 1 | | | X | | |
| 12.4.2. | LIC. FUNC. - MEDICAMENTO | X | | | | | PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO. | | | | | |
| | LIC. FUNC. - MATERIAL | | | | 11.2.2. | | BULA | PODERÁ | | | | |
| 12.4.3. | AFE COMUM - ANVISA | X | | | 11.4. | | EXEQUIBILIDADE - PRAZO 24H | PODERÁ | | | | |
| 12.4.3. | AFE COMUM - DOU | X | | | TR | | VALOR ESTIMADO: R\$ 3.183.792,00 | X | | | | |
| 12.4.3. | AFE ESPECIAL - ANVISA | X | | | | | PROPOSTA COM FIRMA RECONHECIDA | | | | | |
| 12.4.3. | AFE ESPECIAL - DOU | X | | | | | NÃO ACEITA PROTOCOLO | | | | | |
| | AFE CORRELATO - ANVISA | | | | | | ENVELOPE PROP. | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAPÉ/PB | | X | | |
| | AFE CORRELATOS - DOU | | | | | | PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO: | | | | | |
| 12.4.2. | ALVARÁ LOCALIZAÇÃO | X | | | | | 9.1.1. Valor unitário do item: expresso em moeda corrente nacional; 9.1.2. Quantidade: conforme fixada no Termo de Referência - Anexo I; 9.1.3. Marca: se for da própria empresa deverá ser informado "própria"; 9.1.4. Descrição do objeto: contendo as informações similares à especificação do Termo de Referência - Anexo I. 9.2. Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam o Contratado. 9.3. Será cotado um único preço para cada item, com a utilização de duas casas decimais. | | | | | |
| | SIMPLIFICADA - JUCEPE | | | | | | INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES: | | | | | |
| | SIMPLIFICADA - ESPECÍFICA | | | | | | 10.5.1.0 lance deverá ser ofertado pelo valor unitário do item. 10.7.1.0 intervalo mínimo deverá ser de R\$ 0,10 (dez centavos). 10.8.1.0 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; 10.9. Caso o licitante não apresente lances, concorrerá com o valor de sua proposta. 11.4. É índice de inexequibilidade das propostas valores inferiores a 50 | | | | | |
| | CONSELHO DE FARMÁCIA | | | | | | INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS: | | | | | |
| | CERTIDÃO FARMÁCIA | | | | | | 10.28.4.0 Pregoeiro solicitará ao licitante melhor classificado que, no prazo de 2 (duas) horas, envie a sua proposta atualizada, acompanhada, se for o caso, dos documentos complementares. 12.12. Somente haverá a necessidade de comprovação do preenchimento de requisitos, mediante apresentação dos documentos originais não digitais, quando houver alguma dúvida em relação à integridade do documento digital ou quando a lei expressamente o exigir. 13.1.1. Ser elaborada em consonância com as especificações constantes deste Edital e seus Anexos, redigida em língua portuguesa e impressa em uma via em papel timbrado do proponente, quando for o caso, sem emendas, rasuras, entrelinhas ou ressalvas; datada e assinada pelo licitante ou seu representante legal, com indicação: do valor global da proposta; do prazo de entrega; das condições de pagamento; e da sua validade; 13.1.2. Conter a indicação do banco, número da conta e agência do licitante vencedor, para fins de pagamento | | | | | |
| | DOC. FARMACÊUTICO | | | | | | Págs | DECLARAÇÕES | | H | P | F |
| | CRC NA PREFEITURA CADFOR | | | | | | | DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR | | | | |
| | CERTIDÃO DO ICMS | | | | | | | DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS | | | | |
| | SICAF | | | | | | | DEC. DE REQ. DE HAB. | | | | |
| 6.9.1 | ATEST DE CAP TEC PUBLIC. | X | | | | | | DADOS DO REPRESENTANTE | | | | |
| 6.9.1 | ATEST DE CAP TEC PRIVAD | X | | | | | | CARTA CREDENCIAMENTO | | | | |
| | ATEST CAP PUBLIC CONTRATO | | | | | | 12.3.9. / 12.3.10. / 12.3.13. | DECLARAÇÃO GERAL | ANEXO II/III/VI | X | | |
| 12.3.12. | CONSOLIDADA TCU | X | | | | | X | DADOS DA EMPRESA | X | X | | |
| | CERTIDÃO DO CEIS | | | | | | | | | | | |
| | CERTIDÃO DO CNJ | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | 9.13. As propostas ficarão disponíveis no sistema eletrônico e qualquer elemento que possa identificar o licitante importa desclassificação da proposta correspondente, sem prejuízo das sanções previstas neste Edital. 10.2.1. Ser desclassificada a proposta que identificar o licitante. 11.3. Será desclassificada a proposta vencedora que: 11.3.1. Contiver vícios insanáveis; 11.3.2. Não obedecer às especificações técnicas contidas no Termo de Referência - Anexo I; 11.3.3. Apresentar preços inexequíveis ou permanecerem acima do preço máximo definido para a contratação; 11.3.4. Não tiverem sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração; 11.3.5. Apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste Edital ou seus anexos, desde que insanável. | | | | |
| | BOMBEIROS | | | | | | | INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA: | | | | |
| | IDONEIDADE FINANCEIRA | | | | | | | OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES: | | | | |
| X | MANUAL DE BOAS PRÁTICAS | | | | | | | E-mail: cplsape1@gmail.com - Tel.: (83) 994164164. | | | | |
| | PROCURAÇÃO MARIA EMILIA | X | | | | | | RECEB. NOME: _____ EM: _____ | | | | |
| ENVELOPE HAB. | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAPÉ/PB | X | | | | | | | | | | |