

DATA DA LEITURA:	27/12/2024	ORGÃO:	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA LUZIA DO ITANH/SE								
CODIGO	ID: 5767	VENDEDOR:	MARIA EMILIA DE SOUZA FERRAZ								
PROCESSO	.	MODALIDADE:	PREGÃO ELETRÔNICO N° 07/2024								
ABERTURA	13/01/2025	OBJETO:	MEDICAMENTOS								
HORA	08:00	VALIDA.PROP.	60 DIAS								
JULGAMENTO	ITEM	ENTREGA	12 Dias								
CASAS DEC.:	2 CASAS	PAGAMENTO	30 Dias								
LEI 14.133/2021	SIM	PRAZO DA DOC.	PROPOSTA FINAL + HABILITAÇÃO + PLANILHA DE CUSTOS - 02 HORAS								
VIGENCIA	12 MESES	SISTEMA	https://licitanet.com.br/								
LEITURA POR:	BARBARA COSTA	ENVELOPE	MODO DISPUTA	ABERTO		ENVELOPE					
Págs	DOCUMENTOS EXIGIDOS	H	P	F	Págs	DOCUMENTOS EXIGIDOS	Obs.	H	P	F	
10.4	CONTRATO SOCIAL	X				AFE COMUM LABORATORIO					
10.4	413 ALTERAÇÃO CONS.	X				AFE ESPECIAL LAB LABORATORIO					
10.4	CNH – DOS SÓCIOS	X				AFE CORRELATO LABORATORIO					
10.8	CNPJ. Cod: 6	X			6.15.	AMOSTRAS	PODERÁ				
10.13	FGTS	X				BOAS PRATICAS DE FABRI.					
X	INSS	X				CBPF DE ORIGEM + TRADUÇÃO					
10.10	CERT. FEDERAL	X			4.4.	INDICAR MARCA, FABRICANTE E DESCRIÇÃO NO ATO DO CADASTRO DA PROPOSTA	PROPOSTA				
10.11	CERT. ESTADUAL	X				PROCEDÊNCIA E ORIGEM					
	DIVIDA ATIVA ESTADUAL				4.4.	DIGITAR CONFORME ANEXO	TR				
10.12	CERT. MUNICIPAL	X				REGISTRO DE MEDICAMENTO					
10.12	CERTIDÃO IPTU	X				REGISTRO MATERIAL					
10.9	CIM	X				RG/MS MED - PET 01 () 02 ()					
10.9	INSCRIÇÃO ESTADUAL	X				RG/MS MAT - PET 01 () 02 ()					
10.14	MTE – DÉBITOS TRABALHISTAS	X				PROTOCOLO ()					
	MTE - INFRAÇÃO/DEFIC/CRIANÇ					Nº DO ITEM NO CBPF					
	BALANÇO					Nº DO RG/MS NA PROPOSTA					
	CERT. CONTADOR CRC					Nº DO ITEM NO REGISTRO					
10.16	CERTIDÃO DE FALÊNCIA	X				LIC. FUN. EST. - CORRE. FABRI.					
	CARTÓRIOS DISTRIB/PATIM					LIC. FUNC. EST. MED. FRABRI.					
	CARTÓRIOS PROTESTO					VALIDADE DOS PRODUTOS:					
	CERTIDÃO DO FORO					PROPOSTA VIA 1			X		
10.22	LIC. FUNC. - MEDICAMENTO	X			4.8.	PROPOSTA EM ANEXO NO SISTEMA ELETRÔNICO ATÉ A ABERTURA DEVERÁ CONTER IDENTIFICAÇÃO.			X		
	LIC. FUNC. - MATERIAL					BULA					
10.23	AFE COMUM - ANVISA	X			4.1. c) - PÁG. 19	INSERIR DECLARAÇÃO	PROPOSTA				
10.23	AFE COMUM - DOU	X									
10.23	AFE ESPECIAL - ANVISA	X				PROPOSTA COM FIRMA RECONHECIDA					
10.23	AFE ESPECIAL - DOU	X				NÃO ACEITA PROTOCOLO					
	AFE CORRELATO - ANVISA					ENVELOPE PROP.	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA LUZIA DO ITANH/SE		X		
	AFE CORRELATOS - DOU					PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇO NO SISTEMA ELETRÔNICO:					
10.22	ALVARÁ LOCALIZAÇÃO	X				3.1. Os licitantes encaminharão, exclusivamente por meio do sistema, concomitantemente com os documentos de habilitação exigidos no edital, proposta com a descrição do objeto ofertado e o preço, até a data e o horário estabelecidos para abertura da sessão pública. / 4.1. b) PREÇO UNITÁRIO E TOTAL PARA O OBJETO LICITADO, fixo e irrevogável, limitado a 02 (duas) casas decimais, numérico e por extenso, expresso em moeda nacional;					
X	SIMPLIFICADA - JUCEPE	X				INFORMAÇÕES SOBRE A DISPUTA DE LANCES:					
X	SIMPLIFICADA - ESPECÍFICA	X				CRITÉRIO DE JULGAMENTO: Menor Preço por Item; / 5.9. A disputa ocorrerá pelo valor UNITÁRIO DO ITEM. / 5.12. O intervalo mínimo de diferença de valores entre os lances, que incidirá tanto em relação aos lances intermediários quanto em relação à proposta que cobrir a melhor oferta deverá ser de no mínimo igual ou superior aos valores definidos e especificados na tabela de itens do Termo de Referência deste Edital. (R\$0,01 UM CENTAVO - CONFORME RELAÇÃO DE ITENS) / 6.7. No caso de bens e serviços em geral, é índice de inexequibilidade das propostas valores inferiores a 50% (cinquenta por cento) do valor orçado pela Administração.					
	CONSELHO DE FARMÁCIA					INFORMAÇÕES SOBRE A PROPOSTA VENCEDORA OU ENVIO DAS ORIGINAIS:					
	CERTIDÃO FARMÁCIA					4.1. d) RAZÃO SOCIAL, ENDEREÇO, telefone/fax, número do CNPJ, banco, agência, número da conta corrente; / 4.7. O(A) Licitante vencedor(a) do certame poderá apresentar com a sua proposta de preços a PLANILHA DE CUSTO, contendo composição clara do preço, todos os insumos, encargos em geral e lucro em relação ao preço final. / 5.15.22. O pregoeiro solicitará ao licitante mais bem classificado que, no prazo mínimo de 2 (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. O prazo aqui definido poderá ser ampliado conforme o caso desde que motivadamente justificado nos autos do processo.					
	DOC. FARMACÊUTICO					Págs	DECLARAÇÕES		H	P	F
	CRC NA PREFEITURA						DECL. DE QUE NÃO EMPREGA MENOR				
	CADFOR						DEC. INEX. FATOS IMPEDITIVOS				
	CERTIDÃO DO ICMS						DEC. DE REQ. DE HAB.				
	SICAF						DADOS DO REPRESENTANTE				
10.17	ATEST DE CAP TEC PUBLIC.	X					CARTA CREDENCIAMENTO				
10.17	ATEST DE CAP TEC PRIVAD	X					DECLARAÇÃO GERAL		X		
	ATEST CAP PUBLIC CONTRATO						DADOS DA EMPRESA		X		
	CONSOLIDADA TCU										
	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						6.6.1. contiver vícios insanáveis; 6.6.2. não obedecer às especificações técnicas contidas no Termo de Referência; 6.6.3. apresentar preços inexequíveis ou permanecerem acima do preço máximo definido para a contratação; 6.6.4. não tiverem sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração; 6.6.5. apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste Edital ou seus anexos, desde que insanável.				
	BOMBEIROS						INFORMAÇÃO SOBRE COTA PRINCIPAL/RESERVADA/EXCLUSIVA:				
	IDONEIDADE FINANCEIRA						PREFERÊNCIA MICROEMPRESA OU PEQUENO PORTE [EXCLUSIVO ITENS A PARTIR DE 224 a 306]				
	MANUAL DE BOAS PRÁTICAS						OUTRAS OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:				
X	PROCURAÇÃO MARIA EMILIA	X									
ENVELOPE HAB.	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA LUZIA DO ITANH/SE	X				RECEB. NOME: _____ EM: _____					