



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR
Hospital São João Batista
RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ
CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260
Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

CONVITE Nº 90/2012

PROCESSO ADMINISTRATIVO N.º 2238/2012

A COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO DO SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR convida V.S.^a para participar da licitação que realizará às **14h00min DO DIA 26 DE SETEMBRO DE 2012**, em sua sede, localizada na Rua Nossa Senhora das Graças, nº 235 bairro São Geraldo - Volta Redonda - RJ, CEP 27253-610, Telefone/Fax: (24) 3339-4246 na modalidade de **CONVITE**, do **TIPO MENOR PREÇO POR ITEM**, objetivando a **AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**, conforme discriminação constante da **PROPOSTA DETALHE (ANEXO I)** deste Convite, a presente Licitação será regida pelas normas da Lei Federal 8.666, de 21 de Junho de 1993, alterada pela Lei Federal 8.883, de 08.06.94.

Os documentos para a habilitação preliminar, bem como a proposta, serão entregues em envelopes separados, com identificação externa de seu conteúdo.

1 - DO OBJETIVO

1.1. Esta licitação tem por objetivo a obtenção de proposta mais vantajosa para **AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**, conforme especificações contidas no **ANEXO I**, que faz parte integrante e complementar deste Convite.

2 - DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAR DA LICITAÇÃO

2.1. Poderão participar desta licitação as empresas inscritas ou não no **Cadastro de Fornecedores da Comissão Permanente de Licitação do Serviço Autônomo Hospitalar**, da **Coordenadoria Geral de Licitação da Prefeitura Municipal de Volta Redonda**, ou da **Comissão Permanente de Licitação do Fundo Municipal de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde/PMVR**, na categoria específica do objeto deste Edital.

2.2. As empresas que desejarem participar do certame através de Procurador deverão apresentar, no início da licitação, PROCURAÇÃO com poderes específicos, ou CARTA DE CREDENCIAMENTO, conforme modelo a ser fornecido pela Comissão Permanente de Licitação do Serviço Autônomo Hospitalar (ANEXO II), devendo ambas ser apresentadas com firma reconhecida, e acompanhadas de cópia do ato constitutivo, estatuto ou contrato social, em vigor.

3 - DA HABILITAÇÃO - ENVELOPE "A" (DOCUMENTAÇÃO)

3.1. Para habilitarem-se na presente licitação, as empresas deverão apresentar os seguintes documentos:

3.1.1. Em se tratando de sociedades comerciais, prova de registro ou inscrição na Junta Comercial, no Registro Civil de Pessoa Jurídica ou em outra repartição competente, do **ATO CONSTITUTIVO, ESTATUTO OU CONTRATO SOCIAL**, e, no caso de sociedade por ações, acompanhado da ata de eleição dos seus administradores;

3.1.2. Certidão Negativa de Débito (CND), emitida pelo INSS-MTPS, Instituto Nacional de Seguridade Social, em validade;

3.1.3. Prova de regularidade com o FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO (FGTS), em validade, demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;

3.1.4. Certidão Negativa de Débito com a Fazenda Municipal, em validade, relativa à sede da licitante;



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

3.1.5. Declaração do cumprimento do disposto no inciso XXXIII do art.7.º da Constituição Federal, conforme modelo constante do ANEXO III;

3.1.6. Declaração da não existência de fatos supervenientes que impeçam a habilitação da empresa (ANEXO IV);

3.1.7 – Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (C.N.D.T.).

3.1.8. Prova de **LICENCIAMENTO** da empresa licitante, perante o órgão sanitário local competente para exercer a atividade de comercialização e venda de medicamentos, não sendo aceitos a apresentação de protocolos;

3.3. Os documentos deverão ser entregues separadamente da proposta, em envelope fechado, no qual conste externamente, além da palavra DOCUMENTAÇÃO, nome e endereço da empresa licitante e menção ao número deste Convite;

4 - DA PROPOSTA - ENVELOPE “B”

4.1. A proposta deverá ser apresentada em envelope fechado no qual conste externamente além da palavra **PROPOSTA**, o nome e endereço da empresa licitante, bem como o número do presente Convite;

4.2. A proposta deverá ser datilografada ou digitada, preferencialmente, em papel timbrado da empresa ou impressão informatizada, não podendo apresentar emendas, rasuras ou entrelinhas e será rubricada em todas as folhas, datada e assinada por quem de direito, e conter:

4.2.1. Nome e endereço da empresa licitante;

4.2.2. Número deste Convite;

4.2.3. Validade da Proposta: 60 (sessenta) dias;

4.2.4. Condições de Entrega: Imediata/5 dias

4.2.5. Condições de Pagamento: A VISTA;

4.2.6. Número do Fax:

4.2.7 Conta Bancária, Agência:

4.2.8. Número do C.N.P.J.

4.3. O licitante deverá detalhar os **MEDICAMENTOS** dentro da especificação fornecida pelo ANEXO I obedecendo a numeração dos itens, mencionando a **marca** proposta e o competente **número de registro do Ministério da Saúde**;

4.3.1. A proposta deverá constar o preço unitário e total para cada item, expressos em moeda corrente nacional, em algarismos com no máximo **03 (três) casas decimais após a vírgula**, nele incluídas todas as despesas com impostos, taxas, seguro, frete e embalagem;

4.3.2. A proposta deverá constar prazo de **GARANTIA**, com mínimo de 12 (doze) meses;

4.3.3. A inobservância de qualquer dos itens deste capítulo será motivo de desclassificação parcial ou total da proposta.

5. DO PROCEDIMENTO E JULGAMENTO DA LICITAÇÃO

5.1. Abertura dos envelopes “A” - documentação - e sua apreciação;

5.2. Devolução dos envelopes “B” - proposta - fechados, aos licitantes inabilitados, deste que não tenha havido recursos ou após o seu julgamento;

5.3. Abertura dos envelopes “B” - proposta dos licitantes habilitados, deste que transcorrido o prazo legal sem interposição de recurso, ou tenha havido desistência expressa ou após o julgamento dos recursos interpostos;

5.4. O julgamento, com a classificação das propostas, que será conhecido através de Edital Classificatório, afixado no quadro de avisos do Serviço Autônomo Hospitalar;



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

5.5. Para o julgamento do presente Convite, a **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**, levará em consideração a proposta que apresentar o menor preço por item, sem prejuízo da qualidade, desde que esta esteja de acordo com as especificações deste convite;

5.6. No caso de empate entre duas ou mais propostas, a classificação far-se-á, obrigatoriamente, por sorteio, em ato público para o qual todos as licitantes serão convocadas, após observado o disposto no artigo 3º da Lei 8.666/93;

5.7. Adjudicação do objeto da licitação ao proponente vencedor do certame, e a respectiva homologação pelo Sr Diretor Geral, desde que não ocorra uma das hipóteses previstas no subitem 10.2 deste Convite;

5.8. A abertura dos envelopes "**DOCUMENTAÇÃO**" e "**PROPOSTA**" será realizada sempre em ato público, previamente designado, do qual se lavrará **ATA** circunstanciada, assinada pelos licitantes presentes e pelos membros da **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**;

5.9. Todos os documentos contidos nos envelopes "**DOCUMENTAÇÃO**" e "**PROPOSTA**" serão rubricados pelos membros da **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO** pelos licitantes presentes e serão anexados ao processo de licitação, mesmo os daquelas empresas que não forem consideradas habilitadas e/ou classificadas;

5.10. Não se considerará qualquer oferta de vantagem não prevista neste Convite, nem preço ou vantagem baseada nas ofertas dos demais licitantes;

5.11. Não será permitido a uma mesma pessoa representar mais de uma empresa ao mesmo tempo;

5.12. Não se admitirá proposta que apresente preços unitários simbólicos, irrisórios ou de valor zero;

5.13. Decairá do direito de impugnar os termos deste Convite aquele que, tendo-o aceito sem objeção, vier após o julgamento desfavorável, apontar falhas ou irregularidade, hipótese em que tal comunicação não terá efeito de recurso;

5.14. A inabilitação do licitante importa na preclusão do seu direito de participar das fases subseqüentes;

5.15. No caso de discordância entre o preço unitário e total de cada item, prevalecerá o primeiro;

5.16. Não serão aceitas propostas com as seguintes condições: **MEDICAMENTOS** sujeitos à confirmação de estoque ou quaisquer outras condicionantes desta natureza;

5.17. Serão desclassificadas as propostas que não atenderem as especificações constantes do Anexo I e as exigências deste Convite, bem como aquelas que apresentarem preços excessivos ou manifestamente inexeqüíveis, comparados ao preço de mercado;

5.18. Se nos dias previstos para as sessões de aberturas não houver expediente, os envelopes serão abertos no primeiro dia útil de funcionamento que lhe seguir, obedecendo aos mesmos, horários e local estabelecido no Edital.

5.19. A **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO** poderá, se assim julgar necessário, solicitar aos órgãos técnicos do Serviço Autônomo Hospitalar e/ou Prefeitura Municipal de Volta Redonda, parecer especializado de profissionais devidamente qualificados, para a análise da especificação e qualidade do(s) medicamento(s) ofertado(s).

6 - DAS PENALIDADES

6.1. Caso o fornecedor deixe de cumprir quaisquer das obrigações assumidas, infrinja os preceitos legais ou fraude, por qualquer meio, a presente licitação, ficará sujeito a uma ou mais das seguintes penalidades, a juízo do Serviço Autônomo Hospitalar:



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

6.1.1. Advertência;

6.1.2. Multa de cinco décimos por cento (0,5%) ao dia sobre o valor total ou parte do fornecimento, comprovado e aceito pelo Serviço Autônomo Hospitalar, entregue com atraso, até o limite de trinta por cento (30%), quando não comprovar motivo de força maior ou caso fortuito impeditivos do cumprimento da obrigação assumida, dentro do prazo estabelecido. A multa será descontada do pagamento ou ainda cobrada judicialmente;

6.1.3. Suspensão do direito de licitar com o Serviço Autônomo Hospitalar, não superior a dois (02) anos, a ser estabelecido de acordo com a gravidade da falta cometida, sem prejuízo de outras sanções cabíveis;

6.1.4. Declaração de inidoneidade, quando a firma adjudicatária não cumprir as obrigações assumidas, praticando falta grave, dolosa ou revestida de má fé;

6.1.5. Atraso injustificado na entrega de qualquer medicamento constitui motivo para anulação da nota de empenho, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

7 - DO FORNECIMENTO DO OBJETO DE LICITAÇÃO

7.1. A empresa vencedora da licitação deverá efetuar a entrega do(s) medicamento(s) na **Farmácia**, situada na **Rua Edson Passos n. 171 – Bairro Aterrado – Volta Redonda – RJ**, conforme estabelecido no item 4.2.4 e item 8.3. do edital;

8 - DAS CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO E PAGAMENTO DO OBJETO DA LICITAÇÃO

8.1. A(s) Empresa(s) licitante(s) vencedora(s), ficará(ão) obrigada(s) a trocar as suas expensas, o(s) medicamento(s) que vier(em) a ser recusado(s), sendo que o ato de recebimento (que deverá, quando for o caso, observar as disposições do § 8º do art. 15 e arts. 73 a 76, e, seus parágrafos da Lei Federal 8.666/93 e suas alterações) não importará sua aceitação;

8.2. O(s) medicamento (s) objeto deste Convite deverá ser entregue na **Rua Edson Passos n. 171 – Bairro Aterrado – Volta Redonda – RJ**, com frete por conta do fornecedor.

8.3. O(s) **MEDICAMENTO (S)** deves(ão) apresentar validade mínima de **12(doze) meses**, a contar da data do seu recebimento;

8.4. **O pagamento será efetuado em moeda corrente nacional, por meio de ORDEM BANCÁRIA, através do BANCO DO BRASIL, para crédito na conta corrente indicada pelo fornecedor, em até 30 dias, após a emissão da nota fiscal/fatura, com a descrição do material/serviço, devidamente atestado por servidores designados, uma vez satisfeitas as condições estabelecidas neste edital e seus anexos.**

8.4.1. **É vedada expressamente a realização de cobrança de forma diversa da estipulada neste edital, em especial a cobrança bancária, mediante boleto ou mesmo o protesto de título, sob pena de aplicação das sanções previstas neste instrumento e indenização pelos danos decorrentes.**

9 - DAS CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO DO OBJETO DA LICITAÇÃO

9.1. A análise e aprovação do(s) medicamento(s) recebido será exercida pelo órgão usuário, através de representante por ele indicado, devidamente credenciado;

9.2. O(s) medicamento(s) entregue(s), dever (ão) ser obrigatoriamente acompanhado(s) do(s) laudo(s) de Análise Técnica do(s) mesmo(s) e Certificado de Registro do produto emitido pela Secretaria de Vigilância Sanitária do MS, não sendo aceitos protocolos de solicitação de registro;

9.3. Os comprimidos, cápsulas ou drágeas deverão ser acondicionados em **blister ou fitas**;



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

9.4 – Os medicamentos termolábeis deverão ser entregues em acondicionamento refrigerado, dentro da faixa de temperatura normatizada, de 2° a 6 ° C;

9.4.1 – O não atendimento do item 9.4 implicará na devolução do medicamento.

9.5. O(s) medicamento(s) devesse (ã) ter prazo de validade de no mínimo 24 meses, excetuados os casos em que o produto tiver prazo de validade inferior, na data de sua fabricação;

9.6. Fica reservado à fiscalização do Serviço Autônomo Hospitalar, o direito de recusar a entrega de qualquer medicamento(s), caso fique comprovado que não esteja de acordo com as especificações constantes do **ANEXO I**, deste Edital;

9.7. A(s) Empresa(s) contratada(s) ficará(ão) obrigada(s) a trocar as suas expensas, o(s) medicamento(s) que vier(em) a ser recusado(s), sendo que o ato do recebimento (que deverá, quando for o caso, observar as disposições do § 8º do art. 15 e arts. 73 a 76, e, seus parágrafos da Lei Federal 8.666/93) não importará em sua aceitação;

9.8. Independentemente da aceitação do(s) medicamento (s), a(s) empresas contratada(s) garantirá(ão) a qualidade dos mesmos por um prazo de 12(DOZE) meses, obrigando-se, se for o caso a repor aquele que apresentar defeito neste período.

10 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. À critério do **Serviço Autônomo Hospitalar** a data desta licitação poderá ser transferida.

10.2. Ao **Serviço Autônomo Hospitalar**, observados os preceitos legais sobre a matéria, fica reservado o direito de aceitar a(s) proposta(s) total ou parcialmente, de rejeitar todas as propostas ou de anular ou revogar a licitação mesmo depois de adjudicado seu objeto, atendendo a interesse administrativo, sem que caiba aos licitantes direito de qualquer reclamação ou indenização;

10.3. O **Serviço Autônomo Hospitalar** poderá submeter a teste de qualidade o(s) medicamento(s) fornecido(s), adotando as providências necessárias ao resguardo dos seus interesses;

10.4. A critério exclusivo do **Serviço Autônomo Hospitalar**, a quantidade de cada item poderá ser aumentada ou diminuída, obedecido o limite previsto no § 1º, do artigo 65, da Lei 8.666/93, e suas alterações;

10.5. Não haverá reajustamento do preço proposto pela vencedora desta licitação;

10.6. Considera-se pagamento à vista, o pagamento efetuado até o 5º (quinto) dia útil após a entrega do(s) medicamento (s).

10.7. A despesa decorrente desta licitação correrá à conta da dotação orçamentária nº 3.3.9.0.30000;

10.8. Não serão aceitos, de forma alguma, documentos copiados ou transmitidos através de **FAX**, excetuados os recursos previstos na legislação própria;

10.9. É vedada a subcontratação parcial ou total do fornecimento do(s) medicamento(s), objeto deste Convite;

10.10. A participação de qualquer empresa nesta licitação será considerada com prova evidente de sua aceitação e inteira submissão às normas deste Convite, e demais normas aplicáveis;

10.11. Os casos omissos, ou dúvidas suscitadas, serão resolvidos pela **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**, observando o que dispõe sobre a matéria a legislação em vigor;

10.12. Esclarecimentos adicionais sobre o presente Convite deverão ser solicitados à **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**, localizada a Rua Nossa Senhora das Graças n.º 235 Colina - Volta Redonda - RJ;



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

10.13. Fazem parte integrante e complementar deste Convite:

ANEXO I (PROPOSTA DETALHE);

ANEXO II (CARTA DE CREDENCIAMENTO)

ANEXO III (MODELO DE DECLARAÇÃO)

ANEXO IV (DECLARAÇÃO FATOS SUPERVENIENTES)

Volta Redonda-RJ, 19 de Setembro de 2012.

JULIO CEZAR DE CARVALHO
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

ANEXO I

PROPOSTA DETALHE

ITEM	DESCRIÇÃO	UND	QTD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	ACICLOVIR_25/10 MG/ML INJETAVEL	FR	50		
2	ACICLOVIR_500/10MG/G BISNAGA	BNG	100		
3	AMBROXOL,CLORIDRATO_6MG/ML	FR	100		
4	AMICACINA,SULFATO_500/2MG/ML	AMP	100		
5	AMIODARONA 200 MG CMPRIMIDO	CP	500		
6	BICARBONATO DE SODIO_8,4/10%/ML	AMP	100		
7	BICARBONATO DE SODIO_8,4/250%/ML	FR	100		
8	CEFALOTINA SODICA_1 G	FR	500		
9	CEFEPIMA, CLORIDRATO_1 G	FR	300		
10	CEFTRIAXONA SODICA IM_1G	FR	100		
11	CETOCONAZOL_200MG	CP	800		
12	CLARITROMICINA_250/5/60MG/ML/ML	FR	7		
13	CLORANFENICOL_1G INJETAVEL	FR	20		
14	DEXAMETASONA 1MG + NEOMICINA 5MG + POLIMIXINA 6.000UI/G POMADA OFTÁLMICA BISNAGA 3,5G	BNG	10		
15	ERITROPOETINA_4000UI	AMP	250		
16	ESMOLOL, CLORIDRATO_250MG/ML	FR	4		
17	ESTROGENOS CONJUGADOS_0,625 MG/G	BNG	100		
18	FENILEFRINA,CLORIDRATO_100MG/MLCOLIRIO	FR	70		
19	FENTANILA,CITRATO_100/2MCG/ML	AMP	300		
20	FENTANILA,CITRATO_500/10MCG/MLINJETAVEL	FR	1.000		
21	FERRO III SACARATO, HIDROXIDO_100/5/MG/ML	AMP	800		
22	GLUCONATO DE CALCIO_10%INJETAVEL	AMP	300		
23	HEPARINA SODICA 5.000 UI SUBCUTANEA SERINGA 0,25 ML	SER	25		
24	IBUPROFENO_50MG/ML	FR	6		
25	ISOFLURANO_1ML/ML	FR	25		
26	LINEZOLIDA_600/300MG/ML INJETAVEL	BOLS	40		
27	METILCELULOSE_2%/ 1,5 ML	SER	100		
28	METOPROLOL,TARTARATO_5MG INJETAVEL	AMP	30		
29	MIDAZOLAM 5MG/ML INJETÁVEL AMPOLA 10 ML	AMP	1500		
30	MIDAZOLAM,CLORIDRATO_15/3/MG/ML INJETAVEL	AMP	600		
31	MORFINA_10MG/ML INJETAVEL	AMP	420		
32	NIMODIPINA_30MG	CP	300		



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

33	OMEPRAZOL_40MG INJETAVEL	FR	4.000		
34	ONDANSETRONA_4/2/MG/ML INJETAVEL	FR	1.600		
35	OXIDO DE ZINCO +VITAMIA A + VIT D POMADA 45G	BNG	200		
36	PANCURONIO,BROMETO_4/2/MG/ML INJETAVCEL	AMP	30		
37	PENTOXIFILINA_400MG	CP	1.900		
38	PRALIDOXIMA (MESILATO) 50 MG/ML INJETAVEL AMPOLA 4ML	AMP	10		
39	PROTAMINA,CLORIDRATO_1000UI INJETAVEL	AMP	10		
40	SERTRALINA,CLORIDRATO_25MG	CP	60		
41	SIMETICONA_75MG/ML	FR	600		
42	SINVASTATINA_40MG	CP	1.000		
43	SULFADIAZINA_500MG	CP	200		
44	TROPICAMIDA_1,5%ML COLIRIO	FR	60		
45	TOBRAMICINA, SULFATO 0,3% FRASCO DE 5ML	FR	3		
46	VECURONIO,BROMETO_4MG INJETAVEL	AMP	20		
47	VITAMINA A 10.000UI + AMINOÁCIDOS 25MG + METIONINA 5MG + CLORANFENICOL 5MG/G POMADA OFTALMOLÓGICA BISNAGA 5G	BNG	45		
48	VITAMINA B12+VIT B6+VITAMINA B1-500MCG	AMP	400		
49	VITAMINA C (ACIDO ASCORBICO)_100MG/ML	AMP	1.400		
50	VITAMINAS DO COMPLEXO B _2ML INJETAVEL	AMP	2.000		

JULIO CEZAR DE CARVALHO
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR



ANEXO II

CARTA DE CREDENCIAMENTO

Prezado Senhor,

Pela presente Carta de Credenciamento, eu _____, (nacionalidade), (estado civil), (cargo que ocupa na empresa), portador da Carteira de Identidade nº _____, expedida em ____/____/____, pelo _____, inscrito no CPF/MF sob o nº _____, residente e domiciliado em (cidade), (estado), levo ao conhecimento de V.S.^a que o Sr. _____, (nacionalidade), (estado civil), (cargo que ocupa na empresa), portador da Carteira de Identidade nº _____, expedida em ____/____/____ pelo _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº _____, domiciliado e residente em (cidade), (estado), está credenciado para representar a empresa _____, inscrita no CGC/MF sob o nº _____, com sede na rua _____, nº _____, (cidade), (estado), na licitação a se realizar em _____ às _____ horas, para qual fomos convidados através do Convite nº 90/2012, podendo, para tanto, prestar esclarecimentos, receber avisos e notificações, interpor recursos, deles desistir, assinar a ata, assinar contrato e todos os demais atos necessários para o bom e fiel cumprimento da presente.

Atenciosamente,

(Local), _____ de _____ de 2012.

(Nome Completo do Emitente e da Empresa Licitante)

Obs.:

- A presente Carta de Credenciamento só será válida quando assinada pelo representante legal da empresa, com poderes estatutários e/ou contratuais para constituir mandatários, acompanhada de cópia dos mesmos.
- A presente Carta de Credenciamento deverá estar com a firma do emitente devidamente reconhecida por Tabelião que possua poderes legais para tanto.

ANEXO III

MODELO DE DECLARAÇÃO

A Licitante _____, inscrita no CNPJ/MF nº _____, sediada no endereço _____, Cidade _____, CEP _____, por seu representante legal, e para fins do Convite n.º 90/2012 – ,
DECLARA EXPRESSAMENTE QUE:

Para os devidos fins e sob as penas da lei, não possuir em seu quadro, profissionais menores de 18 (dezoito) anos desempenhando trabalhos noturnos, perigosos ou insalubres ou menores de 16 (dezesseis) anos desempenhando

quaisquer trabalhos, salvo se contratados sob condição de aprendizes, a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal de 1988 (Lei n.º.854/99).

(local de data)

(nome e assinatura do representante legal da Licitante)

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS SUPERVENIENTES

(NOME DA EMPRESA)

_____, CNPJ n.º _____, sediada (endereço completo) _____, declara, sob as penas da lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no presente processo licitatório, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Local e data

Representante Legal

Nome da empresa
CNPJ