



PA	1610/24
FL.	

COLETA DE PREÇOS

COMPRA DIRETA

PROCESSO Nº 1610/2024 FMS/SMS/PMVR

ATENÇÃO:

- Data limite para envio das propostas: **22/08/2024 às 14 h.**
- Critério de julgamento: oferta de ***menor valor unitário.***
- As propostas deverão ser feitas de forma clara e inequívoca e de acordo com as especificações solicitadas e encaminhadas para o e-mail: cpl2.fms.sms@gmail.com.
- No ANEXO 1 consta o ***modelo*** que poderá ser utilizado para a apresentação das propostas (formato não é obrigatório, contudo, outros formatos deverão conter as mesmas informações ali apresentados).
- No ANEXO 2 consta prazo de entrega, condições de entrega e recebimento.
- No ANEXO 3 consta a relação de documentos que ***obrigatoriamente*** deverão ser apresentados pela empresa vencedora.

Para mais informações, favor entrar em contato:

E-mail: cpl2.fms.sms@gmail.com

Telefone: (24) 3512-8210 – Falar com ***Milane*** ou outro membro da CCP.

Volta Redonda, 19 de agosto de 2024.

GABRIEL RIBEIRO FIGUEIREDO
Comissão de Contratação Permanente
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE/PMVR



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO PERMANENTE



SISTEMA
ÚNICO
DE
SAÚDE

PA	1610/24
FL.	

PROPOSTA – COMPRA DIRETA
PROCESSO Nº 1610/2024 FMS/SMS/PMVR

RAZÃO SOCIAL:						
RUA:			Nº			
BAIRRO:			CIDADE:			
CNPJ:						
TEL:			e-mail:			
ITEM	QUANT	UNID	ESPECIFICAÇÃO	MARCA	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
01	180	cp	RIVAROXABANA 2,5MG(XARELTO)			
TOTAL GERAL						
VALIDADE DE PROPOSTA: 90 (trinta) dias						
CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 20 (trinta) dias						
PRAZO DE ENTREGA: 15 dias corridos						
Informar BANCO, AGÊNCIA E CONTA CORRENTE.						
Em,			CARIMBO CNPJ DA EMPRESA			
<hr/> Assinatura do Responsável						
IMPORTANTE: Favor preencher, carimbar, assinar e informar todos os dados solicitados no modelo acima.						



PA	1610/24
FL.	

Anexo 2

1) CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO:

- 1.1- A contratada será notificada e convocada para realizar a entrega do objeto, através da devida ordem de fornecimento, no prazo máximo de **15 (quinze) dias corridos**;
- 1.2- Endereço de entrega: O objeto deverá ser entregue na **Central de Abastecimento da Farmácia Municipal/SMS/PMVR, sito na Rua Edson Passos, nº 171 - Bairro Aterrado – Volta Redonda/RJ – CEP 27.215-550**, de segunda a sexta-feira, exceto feriados, sem ônus de frete e seguro para o município;

Horário para entrega: das 08h00min às 12h00min e das 13h00min às 16h00min;
Telefone para contato: (24) 3339-2052
- 1.3- Após 30 (trinta) dias de atraso na entrega do objeto a partir do prazo estabelecido, sem que haja justificativa aceita pela fiscalização da contratante, o empenho poderá ser rescindido, ficando o fornecedor sujeito as sanções previstas;
- 1.4- Os medicamentos ou material(is) para a saúde deverão apresentar prazo validade, no mínimo, de 12 (doze) meses a partir da data de entrega na Central de Abastecimento Farmacêutico/SMS/PMVR, excetuando aqueles que pela sua própria natureza tenham prazo de validade inferior;
- 1.5- Acondicionamento e transporte do(s) medicamento(s) ou material(is) para a saúde deve(m) ser feito(s) dentro do preconizado para o(s) produto(s) e devidamente protegido(s) do pó e variações de temperatura. No caso de produtos termolábeis, a embalagem e os controles devem ser apropriados para garantir a sua integridade. Nestes produtos, utilizar preferencialmente fitas especiais para monitoramento de temperatura durante o transporte.
- 1.6- As embalagens externas devem apresentar as condições corretas de armazenamento do produto (temperatura, umidade, empilhamento, etc).
- 1.7- Texto e demais exigências legais previstas para o cartucho, rotulagem e bula devem estar em conformidade com a legislação do Ministério da Saúde/MS e do Código de Defesa do Consumidor (se for o caso).
- 1.8- Os medicamentos ou material (is) para a saúde deverão ser entregues em embalagens adequadas contendo de forma visível os seguintes dizeres. "PRODUTO DESTINADO AS ENTIDADES PUBLICAS - PROIBIDA A VENDA PELO COMÉRCIO".
- 1.9- As embalagens primárias dos medicamentos (ampolas, blister, strips e frascos) devem apresentar o número do lote, data de fabricação e prazo de validade.
- 1.10- Aceitar-se-á apenas um lote por produto. Nos casos em que as quantidades adquiridas excederem ao número de unidades fabricadas por lote, aceitar-se-á o número de lotes suficientes para atendimento do pedido.



PA	1610/24
FL.	

1.11- Caso o(s) medicamento(s) ou material (is) para a saúde não atenda(m) a qualquer uma dessas especificações ou esteja fora dos padrões determinado, a Unidade recebedora o(s) devolverá para regularização no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas. O atraso na substituição do(s) medicamento(s) acarretará a suspensão do pagamento, além da aplicação das penalidades previstas na legislação pertinente.

1.12- A descarga dos medicamentos ou material (is) para a saúde deverá ocorrer por conta da Contratada.

2) CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO DO OBJETO:

2.1- O objeto desta coleta de preços será recebido e aceito após sumária inspeção realizada pela Fiscalização da Administração (Secretaria Municipal de Saúde), podendo ser rejeitado caso desatenda as especificações exigidas na presente coleta de preços;

2.2- A contratada deverá dar total garantia quanto à qualidade dos bens fornecidos, ficando obrigada a reparar, corrigir ou substituir às suas expensas, no total ou em parte, o objeto em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções comprovadamente fora das especificações técnicas discriminadas na presente coleta de preços;

2.3- Os bens serão recebidos pela fiscalização, de acordo com o art. 140 da lei nº 14.133/21, provisoriamente, para posterior verificação da qualidade e conformidade do objeto às especificações técnicas exigidas nesta coleta de preços;

2.4- A entrega deverá ser acompanhada de cópia da respectiva nota de empenho e da nota fiscal original, a qual registrará, obrigatoriamente:

- O número da Nota de Empenho e do Processo Administrativo relativo à aquisição;
- A discriminação do objeto;
- Os dados bancários para pagamento: BANCO / AGÊNCIA/ CONTA CORRENTE.

3) CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

3.1- O pagamento será efetuado no 20º (vigésimo) dia, a contar da data final do período de adimplemento do objeto, assim considerada a entrega do objeto, acompanhada do respectivo documento de cobrança (nota fiscal/fatura) devidamente atestada pela Fiscalização;

3.2- Os pagamentos serão efetuados, obrigatoriamente, por meio de crédito em conta corrente, cujo número e agência deverão ser informados pelo adjudicatário até a assinatura do contrato;

3.3- Caso se faça necessária a reapresentação de qualquer fatura por culpa da contratada, o prazo de 20 (vinte) dias ficará suspenso, prosseguindo a sua contagem a partir da data da respectiva reapresentação;

3.4- Em caso de atraso injustificado no pagamento, o valor será compensado financeiramente em 0,5% (cinco décimos por cento) de juros de mora por mês "pro rata tempore", contados a partir do dia seguinte ao seu vencimento até a data do efetivo pagamento;



PA	1610/24
FL.	

3.5- O valor do pagamento eventualmente antecipado será descontado na razão de 0,5% (cinco décimos por cento) ao mês "pro rata die", contado da data de seu efetivo pagamento.

4) REQUISITOS DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

4.1- Prova de capacidade técnica, mediante apresentação de certidão(ões) ou atestado(s) fornecido(s) por pessoas jurídicas de direito público ou privado, demonstrando fornecimento de produtos pertinentes e compatíveis com o objeto desta coleta de preços;

4.2- A(s) certidão(ões) ou atestado(s) deverá(ão) ser datado(s) e assinado(s) por pessoa física identificada pelo seu nome e cargo em exercício na entidade/empresa, bem como dados para eventual contato.

4.3- Autorização de Funcionamento de Empresa - AFE, expedida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, da sede do fornecedor;

I. Estando a AFE vencida, deverá ser apresentada cópia autenticada e legível da petição de renovação de AFE, acompanhada de cópia da AFE vencida, desde que a petição de renovação tenha sido protocolada no período compreendido entre 60 (sessenta) e 180 (cento e oitenta) dias anteriores à data de vencimento, que corresponde a 1 (um) ano após a data de publicação da concessão inicial no DOU, nos termos e condições previstas no artigo 20 da RDC nº 16, de 01 de abril de 2014;

II. A não apresentação da AFE ou da petição de renovação implicará na desclassificação do item cotado;

4.4- Alvará Sanitário ou Licença de Funcionamento ou Licença Sanitária Estadual, Municipal ou do Distrito Federal, emitida pela Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde Estadual, Municipal ou do Distrito Federal, da sede do fornecedor;

4.5- Ficará a cargo do proponente provar que o medicamento objeto da coleta de preços não está sujeito ao regime da Vigilância Sanitária;

4.6- Certificado de Regularidade emitido pelo Conselho Regional/Federal de Farmácia comprovando a inscrição da empresa licitante, bem como a indicação do responsável técnico.

4.7- Todo medicamento ou material para a saúde deve apresentar RMS – Registro no Ministério da Saúde/ANVISA, ou possuir a sua isenção.

5) SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

5.1- No caso de descumprimento total ou parcial das condições estabelecidas no presente Termo de Referência, a contratada estará sujeita à aplicação das penalidades previstas nos artigos 155 a 163 da Lei Federal nº 14.133/2021.



PA	1610/24
FL.	

Anexo 3

➤ A **empresa vencedora** *deverá* apresentar os seguintes documentos:

- a) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
- b) Prova de inscrição no **Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica/CNPJ e Quadro de Sócios e Administradores/QSA**, em vigor o prazo de validade;
- c) Prova de regularidade com as Fazendas:
 - c.1) **Federal** (relativas atributos administrados pela **Receita Federal do Brasil** e a inscrição em **Dívida Ativa da União**, junto à **Procuradoria Geral da Fazenda Nacional**), abrangendo, inclusive as contribuições sociais (INSS), com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1751, de 02/10/2014, com prazo de validade vigente;
 - c.2) **Estadual**, com prazo de validade vigente, acompanhada da **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÍVIDA ATIVA DO ESTADO**, em validade, conforme determina a Resolução Conjunta PGE/SER nº 033 de 24/11/2004 da Secretaria de Estado da Receita e Procuradoria Geral do Estado;
 - c.3) **Municipal**, do domicílio ou sede da licitante, com prazo de validade vigente;
 - c.4) Prova de regularidade com o **Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS**, mediante apresentação de **Certificado**, em vigor o prazo de validade;
 - c.5) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de **Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas/CNDT**, nos termos do título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 01/05/1943; (subitem incluso no ato convocatório da licitação por força da Lei nº 12.440/2011);
 - c.5.1) Será admitida a Certidão Positiva de Débitos Trabalhistas com os mesmos efeitos da Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas/CNDT;
- d) Prova de qualificação técnica:
 - d.1) Prova de **licenciamento** perante o Órgão Sanitário **Estadual** ou **Municipal** para exercer a atividade de comercialização e venda de medicamentos;
 - d.2) Prova de **Autorização de Funcionamento da Empresa (AFE)**, expedida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA/MS;
 - d.3) **Certificado de Regularidade** emitido pelo **Conselho Regional/Federal de Farmácia** comprovando a inscrição da empresa licitante, bem como a indicação do responsável técnico;



PA	1610/24
FL.	

d.4) **Registro do Medicamento** ou da **Notificação Simplificada** ou da **Licença Sanitária Estadual, Municipal** ou do **Distrito Federal**, emitida pela Vigilância Sanitária – ANVISA;

e) **Declaração** do estabelecimento interessado que não possui em seu quadro de pessoal empregado nos termos do inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal de 1988 e inciso VI do art. 68 da Lei 14.133/21, conforme modelo a seguir:

DECLARAÇÃO

A empresa _____, com CNPJ sob o nº _____, estabelecida na _____, declara para os devidos fins e efeitos não atribuir trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de 18 (dezoito) anos e de qualquer trabalho a menores de 16 (dezesesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

(LOCAL E DATA)

NOME DA EMPRESA DO REPRESENTANTE LEGAL E ASSINATURA