



COLETA DE PREÇOS

PROCESSO Nº 1936/22 FMS/SMS/PMVR

ATENÇÃO:

- **Data limite para envio das propostas** 10/08/2022 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@epdvr.com.br.
- 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@epdvr.com.br ou cpl2.fms.sms@gmail.com

Telefone: (24) 3339-9627 – Falar com Milane ou outro membro da CPL.

Volta Redonda, 08 de agosto de 2022.

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



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



SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE

P.A.	1936/22
FL.	
ASS.	

COLETA DE PREÇOS

PROCESSO Nº 1936/22 FMS/SMS/PMVR

EMPRESA:						
RUA:			Nº			
BAIRRO:		CIDADE:				
CNPJ:						
TEL:		e-mail:				
ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	MARCA	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
01	180	Caps	Bromazepam 6 mg - lib. Prolongada.			
02	24	Adesivo	Buprenorfina 5 mg			
03	360	Caps	Nimesulida 200mg – lib. Prolongada .			
04	360	Caps	Dexlanoprazol 60 mg – lib. Prolongada			
05	180	Caps	Paroxetina 25 mg - lib. Prolongada			
TOTAL GERAL						
VALIDADE DE PROPOSTA: 30 (trinta) dias						
CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 (trinta) dias						
PRAZO DE ENTREGA:						
Informar BANCO, AGÊNCIA E CONTA CORRENTE.						
Em, <hr/> Assinatura do Responsável				<i>CARIMBO CNPJ DA EMPRESA</i>		
<p><u>IMPORTANTE:</u> Favor preencher, carimbar e assinar, informar todos os dados solicitados no modelo acima. <i>OBS: Pedimos que seja feito o orçamento conforme a especificação do(s) produto(s).</i></p>						

Processo Judicial nº 0009640-52.2022.8.19.066



Anexo 2

1) PRAZO DE ENTREGA

- 1.1- A entrega será única no prazo máximo de **15 (quinze) dias corridos** após emissão da nota de empenho

2) CONDIÇÕES DE ENTREGA E RECEBIMENTO

- 2.1- O objeto deverá ser entregue na **Central de Abastecimento da Farmácia Municipal/SMS/PMVR, sito na Rua Edson Passos, nº 171 - Bairro Atarrado – Volta Redonda/RJ – CEP 27.215-550 – contato: (24) 3339-2048**, de segunda à sexta feira, exceto feriados, das 08h00min às 11h30min. e de 13h00min às 16h00min, sem ônus de frete e seguro para o Município.
- 2.2- A Contratada dará garantia de, no mínimo, 12 (doze) meses para todos os objetos adquiridos, a contar da data de recebimento definitivo do objeto;
- 2.3- 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.
- 2.4- As embalagens externas devem apresentar as condições corretas de armazenamento do produto (temperatura, umidade, empilhamento, etc)
- 2.5- 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).
- 2.6- 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".
- 2.7- As embalagens primárias dos medicamentos (ampolas, blister, strips e frascos) devem apresentar o número do lote, data de fabricação e prazo de validade.
- 2.8- 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.
- 2.9- 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.
- 2.10- A descarga dos medicamentos ou material (is) para a saúde deverá ocorrer por conta da Contratada.



P.A.	1936/22
FL.	
ASS.	

Anexo 3

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

- a) Prova de inscrição no **Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica/CNPJ e Quadro de Sócios e Administradores/QSA**, em vigor o prazo de validade;
- b) Prova de regularidade com as Fazendas:
 - b.1) **Federal** (relativas a tributos 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;
 - b.2) Prova de regularidade com o **Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS**, mediante apresentação de **Certificado**, em vigor o prazo de validade;
 - b.3) 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);
 - b.3.1) Será admitida a Certidão Positiva de Débitos Trabalhistas com os mesmos efeitos da Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas/CNDT;
- c) Prova de qualificação técnica:
 - c.1) Prova de **licenciamento** perante o Órgão Sanitário **Estadual** ou **Municipal** para exercer a atividade de comercialização e venda de medicamentos;
 - c.2) Prova de **Autorização de Funcionamento da Empresa (AFE)**, expedida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA/MS;
 - c.3) **Certificado de Regularidade** emitido pelo **Conselho Regional/Federal de Farmácia** comprovando a inscrição da empresa licitante, bem como a indicação do responsável técnico;
 - c.4) **Registro do Medicamento** ou da **Notificação Simplificada** ou da **Licença Sanitária Estadual, Municipal** ou do **Distrito Federal**, emitida pela Vigilância Sanitária – ANVISA;
- d) **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 V do art. 27 da Lei 8.666/93, 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