



COLETA DE PREÇOS

PROCESSO Nº 2610/2021 FMS/SMS/PMVR

ATENÇÃO:

- **Data limite para envio das propostas 04/05/2022 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

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

Volta Redonda, 28 de abril 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.	2610/21
FL.	
ASS.	

COLETA DE PREÇOS

PROCESSO Nº 2610/2021 FMS/SMS/PMVR

EMPRESA:						
RUA:						Nº
BAIRRO:			CIDADE:			
CNPJ:						
TEL:		e-mail:				
ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	MARCA	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
01	180	Comp.	Bromidrato de vortioxetina 10mg			
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 style="width: 25%; margin: auto;"/> Assinatura do Responsável				CARIMBO CNPJ DA EMPRESA		
IMPORTANTE: Favor preencher, carimbar e assinar, informar todos os dados solicitados no modelo acima. OBS: Pedimos que seja feito o orçamento conforme a especificação do(s) produto(s).						

Obs.: Processo judicial nº 0019574-44.2016.8.19.0066



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 Aterrado – 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 descarga do objeto deverá ocorrer por conta da Contratada;
- 2.3- O objeto deverá ser entregue de acordo com os padrões de qualidade, acondicionamento, manuseio e transporte, e observadas as regras específicas fixadas no edital, além de estar em conformidade com as exigências do Código de Defesa do Consumidor, especialmente no tocante aos vícios de qualidade ou quantidade que o torne impróprio ou inadequado ao consumo a que se destina ou lhe diminua o valor, conforme o artigo 18 do referido diploma legal;
- 2.4- A entrega deverá ser acompanhada de cópia da respectiva nota de empenho e do original da nota fiscal, a qual registrará, obrigatoriamente:
- 2.4.1- O número da Nota de Empenho e do Processo Administrativo relativo a licitação;
- 2.4.2- A data de validade e lotes dos materiais;
- 2.4.3- A discriminação dos materiais; e,
- 2.4.4- Os dados bancários para pagamento: BANCO / AGÊNCIA / CONTA CORRENTE.
- 2.5- O objeto será recebido provisoriamente, para verificação da especificação, qualidade, quantidade e preço. A Nota Fiscal/Fatura emitida será retida pela Secretaria Municipal de Saúde/PMVR, que a remeterá para o setor competente para pagamento somente após atestado o recebimento definitivo;
- 2.6- O recebimento definitivo dar-se-á em 03 (três) dias úteis contados da data do recebimento provisório, quando a Nota Fiscal será atestada por Servidor da Secretaria Municipal de Saúde/PMVR. Caso o objeto não seja recebido definitivamente, a Nota Fiscal/Fatura será devolvida à Contratada;
- 2.7- Caso o serviço não atenda a qualquer uma das especificações constantes do Edital ou esteja fora dos padrões determinado, a unidade recebedora o devolverá para regularização no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas. O atraso na substituição do objeto acarretará a suspensão do pagamento, além da aplicação das penalidades previstas e na legislação pertinente;
- 2.8- Caso a Nota Fiscal/Fatura emitida contenha erros, a Secretaria Municipal de Saúde/PMVR reterá o objeto e não aceitará a Nota Fiscal/Fatura, devolvendo-a imediatamente à Contratada, que terá o prazo de 24 (vinte e quatro) horas para substituí-la, retificando-a, sem prejuízo da aplicação das penalidades previstas;



P.A.	2610/21
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 (dezesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

(LOCAL E DATA)

NOME DA EMPRESA DO REPRESENTANTE LEGAL E ASSINATURA