



P.A.	3500/22
FL.	

COLETA DE PREÇOS

PROCESSO Nº 3500/22 FMS/SMS/PMVR

ATENÇÃO:

- **Data limite para envio das propostas** 23/01/2023 às 10 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, 18 de janeiro de 2023.

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.	3500/22
FL.	

COLETA DE PREÇOS

PROCESSO Nº 3500/22 FMS/SMS/PMVR

RAZÃO SOCIAL:						
RUA:						Nº
BAIRRO:			CIDADE:			
CNPJ:						
TEL:			e-mail:			
ITEM	QUANT	UNID	ESPECIFICAÇÃO	MARCA	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
01	6	caneta	Semaglutida 1 mg			
02	180	cp	Rosuvastatina Cálcica 10 mg + Ezetimiba 10 mg			
03	180	cp	Clopidogrel 75 mg + AAS 100mg			
04	180	cp	Valsartana 320 mg + Hidroclorotiazida 25 mg + Anlodipino 10 mg			
TOTAL GERAL						
VALIDADE DE PROPOSTA: 30 (trinta) dias						
CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 (trinta) dias						
PRAZO DE ENTREGA:						
Informar BANCO, AGÊNCIA E CONTA CORRENTE.						
Em,			CARIMBO CNPJ DA EMPRESA			
_____ Assinatura do Responsável						
IMPORTANTE: Favor preencher, carimbar e assinar, informar todos os dados solicitados no modelo acima.						

Processo Judicial: 0810764-37.2022.8.19.066



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) 3339-2048

2) CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO DO OBJETO:

- 2.1- O objeto deste Termo de Referência será recebido e aceito após sumária inspeção realizada pela Fiscalização da Administração (Secretaria Municipal de Saúde), podendo ser rejeitado caso desatenda as especificações exigidas no presente Termo de Referência;
- 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 no presente Termo de Referência;
- 2.3- Os bens serão recebidos pela fiscalização, de acordo com o art. 73 da lei nº 8.666/93, provisoriamente, para posterior verificação da qualidade e conformidade do objeto às especificações técnicas exigidas neste Termo de Referência;
- 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) FISCALIZAÇÃO:

- 3.1- De acordo com o disposto nos Art. 58, III e Art. 67, da lei nº 8.666/93, a execução do contrato administrativo cujo objeto é estabelecido no presente termo de referência será acompanhada e fiscalizada por servidor especialmente designado em Portaria da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda.



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