



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELA VISTA DO  
TOLDO**

CNPJ: 10.324.957/0001-47

HOME PAGE: [www.pmbvt.sc.gov.br](http://www.pmbvt.sc.gov.br)

E-MAIL: [compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br](mailto:compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br)

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE EDITAL DE CREDENCIAMENTO**

**CREENCIAMENTO DE FARMÁCIAS e/ou DROGARIAS Nº 001/2022– FMS**

O Fundo Municipal de Saúde, Estado de Santa Catarina, torna público para conhecimento dos interessados que se encontra aberto Edital de Credenciamento.

**I – DO OBJETO**

O presente edital tem por objeto CREDENCIAR FARMÁCIAS E/OU DROGARIAS PARA FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS DESTINADOS A PACIENTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE, GRAVE OU DE URGÊNCIA, E AINDA POR ORDEM JUDICIAL, DOS QUAIS A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NÃO POSSUA EM ESTOQUE, sendo:

ITEM	QTDE	UNID.	DESCRIÇÃO
1	220.000,00	Reais	MEDICAMENTOS FARMÁCIA LOCAL - CONTRATAÇÃO DE FARMÁCIAS e/ou DROGARIAS para fornecimento de medicamentos (destinados a pacientes em situação de vulnerabilidade, grave ou de urgência, e ainda por ordem judicial, dos quais a Secretaria Municipal de Saúde não possui em estoque), constantes nas DA TABELA ABC FARMA – GENÉRICOS E SIMILARES E OUTROS. 1) Preços de Medicamentos (Preço Máximo ao Consumidor) – Versão atualizada, referente aos preços aplicados no Estado de Santa Catarina – Coluna ICMS 17%, podendo ser acessadas através do seguinte site, <a href="http://www.abcfarma.org.br/">http://www.abcfarma.org.br/</a> . Percentuais mínimos de desconto sobre o valor do medicamento nas referidas tabelas conforme mês de aquisição: ITEM 01 - 10% (dez por cento) para medicamentos de referência; ITEM 02 - 15% (quinze por cento) para medicamentos genéricos; ITEM 03 - 20% (vinte por cento) para medicamentos similares.

Rua Ovande dos Santos Pacheco, 240-Centro  
Fone (47) 3629 0206 – CEP 89.478-000  
Bela Vista do Toldo – SC



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE BELA VISTA DO  
TOLDO**

CNPJ: 10.324.957/0001-47

HOME PAGE: [www.pmbvt.sc.gov.br](http://www.pmbvt.sc.gov.br)

E-MAIL: [compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br](mailto:compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br)

**Condições para participação:**

Possuir sede dentro do perímetro urbano do Município de Bela Vista do Toldo/SC, com atendimento em horário comercial, nos períodos matutino e vespertino e aos sábados no período matutino e ainda disponibilizar horário de plantão por telefone e/ou similar;

Entregar os produtos após emissão da autorização de fornecimento parcelada, com tolerância máxima de 24 (vinte e quatro) horas na Secretaria Municipal de Saúde, localizado na Rua Ovande dos Santos Pacheco, n° s/n, Bela Vista do Toldo, SC, ou na sua própria sede através de servidor designado pela Administração para recebimento do objeto contratado, munido a autorização de fornecimento original;

Caso o objeto não corresponda ao exigido pelo Edital, a empresa deverá providenciar, no prazo máximo de até 24 (vinte e quatro) horas, a sua substituição visando ao atendimento das especificações, sem qualquer ônus para o FMS;

Caso não possua o medicamento solicitado na autorização de fornecimento para entrega no balcão, providenciar sua entrega no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas corridos, na Secretaria Municipal de saúde, localizada na Rua Ovande dos Santos Pacheco, s/n°, Centro, Bela Vista do Toldo, SC, sem nenhum custo adicional ao FMS;

Arcar com todas as despesas com frete, transporte e descarregamento;

Entregar os medicamentos conforme preços, prazos e condições estabelecidas neste instrumento e aplicar o desconto oferecido em sua proposta sobre as tabelas descritas no objeto;

Rua Ovande dos Santos Pacheco, 240-Centro  
Fone (47) 3629 0206 – CEP 89.478-000  
Bela Vista do Toldo – SC



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE BELA VISTA DO**  
**TOLDO**

CNPJ: 10.324.957/0001-47

HOME PAGE: [www.pmbvt.sc.gov.br](http://www.pmbvt.sc.gov.br)

E-MAIL: [compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br](mailto:compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br)

Entregar produtos que atendam as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, inclusive quanto às embalagens e rótulos atendendo a legislação em vigor e deverão ter prazo de validade mínimo de 60% (sessenta por cento) da validade total impressa nas embalagens no momento da entrega;

Todos os medicamentos injetáveis em pó virão acompanhados de seus respectivos diluentes.

## **II – DA PROPOSTA**

O valor a ser pago está fixado na Tabela ABC FARMA: 1) Preços de Medicamentos (Preço Máximo ao Consumidor) – Versão atualizada, referente aos preços aplicados no Estado de Santa Catarina – Coluna ICMS 17% - PMC, podendo ser acessadas através do seguinte site, <http://www.abcfarma.org.br>. Percentual de desconto sobre o valor do medicamento nas referidas tabelas:

ITEM 01 - 10% (dez por cento) para medicamentos de referência; ITEM 02 - 15% (quinze por cento) para medicamentos genéricos; ITEM 03 - 25% (vinte e cinco por cento) para medicamentos similares.

## **III – DAS INSCRIÇÕES**

Os interessados ao credenciamento deverão apresentar junto no Setor de Licitações e Contratos da Prefeitura de Bela Vista do Toldo/SC, os seguintes documentos dentro do prazo de validade (cópias devidamente autenticadas conforme Art. 12 da Lei 14.133/2021 e alterações posteriores):

Rua Ovande dos Santos Pacheco, 240-Centro  
Fone (47) 3629 0206 – CEP 89.478-000  
Bela Vista do Toldo – SC



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE BELA VISTA DO**  
**TOLDO**

CNPJ: 10.324.957/0001-47

HOME PAGE: [www.pmbvt.sc.gov.br](http://www.pmbvt.sc.gov.br)

E-MAIL: [compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br](mailto:compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br)

Certificado de Registro Cadastral (CRC) emitido pela Prefeitura Municipal de Bela Vista do Toldo, SC, dentro do prazo de validade, sendo que as negativas vencidas no Certificado deverão ser apresentadas em anexo ao mesmo, inclusive a CNDT – Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, mesmo que está não conste no rol de documentos do CRC;

Registro da Empresa junto ao CRF – Conselho Regional de Farmácia;

Alvará Sanitário;

Prova de possuir em seu quadro permanente, profissional com nível superior com especialização em FARMÁCIA devidamente registrado no CRF, esta prova se dará através de:

d1) Prova de registro do profissional junto ao CRF – Conselho Regional de Medicina,

d2) Prova de que o profissional possui especialização em FARMÁCIA;

d3) Prova de que o profissional faz parte do quadro permanente da empresa licitante.

Declaração onde conste a razão social da empresa, telefone, e-mail, endereço, e o nome do responsável pela assinatura do Contrato, solicitando seu credenciamento e declarando que aceita o valor fixado no presente Edital

– Anexo I;

Cópia do Contrato Social e suas alterações;

Cartão CNPJ;

Certidão Negativa em Conjunta Federal;

Certidão Negativa Estadual;

Certidão Negativa Municipal;

Rua Ovande dos Santos Pacheco, 240-Centro  
Fone (47) 3629 0206 – CEP 89.478-000  
Bela Vista do Toldo – SC



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE BELA VISTA DO  
TOLDO**

CNPJ: 10.324.957/0001-47

HOME PAGE: [www.pmbvt.sc.gov.br](http://www.pmbvt.sc.gov.br)

E-MAIL: [compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br](mailto:compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br)

Certidão Negativa Trabalhista;

Os Anexos deste Edital.

Obs.: Será obrigatório, sob pena de inabilitação, que o licitante tenham em seu objeto social as atividades compatíveis com o objeto deste Edital.

O valor estimado para a totalidade dos contratos é de R\$ 220.000,00 (Duzentos e vinte mil reais) que será distribuído proporcionalmente entre as empresas credenciadas.

#### **IV – DAS INFORMAÇÕES**

Informações ou dúvidas quanto ao edital, poderão ser obtidas junto ao Setor de Licitações e Contratos da Prefeitura do Município de Bela Vista do Toldo/SC, Rua Estanislau Schumann, 4873, e-mail: [compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br](mailto:compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br), das 08:00 às 12:00 horas e das 13:00 às 17:00 horas ou pelo telefone (047) 3629 0206, Ramal 250.

#### **V – DO PRAZO**

O prazo de entrega dos documentos para credenciamento será no máximo até às 09:00 horas do dia 10 de MAIO de 2022.

Os documentos, originais ou devidamente autenticados deverão ser endereçados à Comissão de Permanente de Licitações da Prefeitura do Município de Bela Vista do Toldo/SC e entregues no Setor de Licitações e Contratos da Prefeitura do Município de Bela Vista do Toldo/SC, Site Rua Estanislau Schumann, sendo que após o prazo não serão aceitas novas inscrições, nem alterações, inclusões ou substituição de quaisquer documentos.

Rua Ovande dos Santos Pacheco, 240-Centro  
Fone (47) 3629 0206 – CEP 89.478-000  
Bela Vista do Toldo – SC



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE BELA VISTA DO  
TOLDO**

CNPJ: 10.324.957/0001-47

HOME PAGE: [www.pmbvt.sc.gov.br](http://www.pmbvt.sc.gov.br)

E-MAIL: [compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br](mailto:compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br)

O prazo de vigência do credenciamento será pelo exercício 2022, contados a partir da assinatura do contrato, prorrogável nos termos da Lei 14.133/2021, havendo interesse das partes e conforme o interesse público.

## **VI – DA ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO**

A análise dos documentos de credenciamento será feita pela Comissão de Permanente de Licitações, a qual se reunirá às 09:00 horas do 10 de maio de 2022, procedendo à análise e posterior resultado.

O resultado do credenciamento será publicado no Diário Oficial do Município através do site [www.diariomunicipal.sc.gov.br](http://www.diariomunicipal.sc.gov.br) após realização da ata sendo que o prazo para qualquer eventual recurso quanto a habilitação deverá ocorrer no prazo máximo de por 05 (cinco) dias úteis a contar da data de publicação.

Decorrido o prazo acima mencionado os profissionais selecionados serão convocados para assinarem contrato de prestação de serviços.

## **VII – DO RECEBIMENTO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

O presente edital terá a como objetivo o credenciamento de farmácias dentro do perímetro urbano do município de Bela Vista do Toldo/SC, onde o valor total será feito rateio pelas farmácias credenciadas até a data do processo.

Com a entrega do medicamento conforme solicitação do Secretário Municipal de Saúde, apresentar no setor de compras a planilha constando o desconto conforme concedido na licitação, bem como a página impressa da consulta na respectiva tabela emitida no site com rodapé com data e hora. Será emitida a Nota Fiscal respectiva e o pagamento se dará da seguinte forma: 30 dias após a entrega, mediante empenho da respectiva Nota Fiscal na Contabilidade da Prefeitura Municipal.

Rua Ovande dos Santos Pacheco, 240-Centro  
Fone (47) 3629 0206 – CEP 89.478-000  
Bela Vista do Toldo – SC



## VIII – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Faz parte integrante do presente Edital o modelo de Declaração – Anexo I e a minuta do contrato – Anexo II.

Bela Vista do Toldo (SC), 25 de Abril de 2022.

ALFREDO CEZAR DREHER  
Prefeito Municipal

<p>Rua Ovande dos Santos Pacheco, 240-Centro Fone (47) 3629 0206 – CEP 89.478-000 Bela Vista do Toldo – SC</p>
--



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE BELA VISTA DO  
TOLDO**

CNPJ: 10.324.957/0001-47

HOME PAGE: [www.pmbvt.sc.gov.br](http://www.pmbvt.sc.gov.br)

E-MAIL: [compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br](mailto:compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br)

**ANEXO I**

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº. 001/2022 - FMS DECLARAÇÃO**

À comissão Permanente de Licitações do Fundo Municipal de Saúde Bela Vista do Toldo - SC

A empresa, com sede administrativa a Rua \_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_,  
Estado de \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob nº \_\_\_\_\_  
telefone ( ) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ neste ato  
representado por seu sócio administrador inscrito no CPF sob  
nº \_\_\_\_\_ residente domiciliado na cidade  
de \_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_, solicita seu credenciamento e  
declara que aceita o valor fixado no presente Edital, conforme segue:

ITEM	QTDE	UNID.	DESCRIÇÃO
1	220.000,00	Reais	MEDICAMENTOS FARMÁCIA LOCAL - CONTRATAÇÃO DE FARMÁCIAS e/ou DROGARIAS para fornecimento de medicamentos (destinados a pacientes em situação de vulnerabilidade, grave ou de urgência, e ainda por ordem judicial, dos quais a Secretaria Municipal de Saúde não possui em estoque), constantes nas DA TABELA ABC FARMA - GENÉRICOS E SIMILARES E OUTROS. 1) Preços de Medicamentos (Preço Máximo ao Consumidor) – Versão atualizada, referente aos preços aplicados no Estado de Santa Catarina – Coluna ICMS 17%, podendo ser acessadas através do seguinte site, <a href="http://www.abcfarma.org.br/">http://www.abcfarma.org.br/</a> . Percentual de desconto sobre o valor do medicamento nas referidas tabelas conforme mês de aquisição: ITEM 01 - 10% (dez por cento) para medicamentos de referência; ITEM 02 - 15% (quinze por cento) para medicamentos genéricos; ITEM 03 - 20% (vinte por cento) para medicamentos similares.

Rua Ovande dos Santos Pacheco, 240-Centro  
Fone (47) 3629 0206 – CEP 89.478-000  
Bela Vista do Toldo – SC





ESTADO DE SANTA CATARINA  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE BELA VISTA DO  
TOLDO**

CNPJ: 10.324.957/0001-47

HOME PAGE: [www.pmbvt.sc.gov.br](http://www.pmbvt.sc.gov.br)

E-MAIL: [compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br](mailto:compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br)

2. DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL, RESPONSÁVEL PELA ASSINATURA DO CONTRATO (COM PODERES PARA TAL)

NOME COMPLETO:

NACIONALIDADE:

ESTADO CIVIL:

CARGO OU FUNÇÃO:

IDENTIDADE N.º:

CPF/MF N.º:

CIDADE/ESTADO ONDE RESIDE:

Bela Vista do Toldo/SC, xx de Fevereiro de 2022.

Nome: \_\_\_\_\_

Rua Ovande dos Santos Pacheco, 240-Centro  
Fone (47) 3629 0206 – CEP 89.478-000  
Bela Vista do Toldo – SC



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELA VISTA DO  
TOLDO**

CNPJ: 10.324.957/0001-47  
HOME PAGE: [www.pmbvt.sc.gov.br](http://www.pmbvt.sc.gov.br)  
E-MAIL: [compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br](mailto:compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br)

## ANEXO II

**MINUTA DO CONTRATO Nº \_\_\_/2022 – FMS**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**CONTRATAÇÃO DE FARMÁCIAS e/ou DROGARIAS**  
**PROCESSO LICITATÓRIO Nº \_\_\_/2022**  
**INEXIGIBILIDADE Nº \_\_\_/2022**

CONTRATANTE: O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELA VISTA DO TOLDO/SC, Estado de Santa Catarina, pessoa jurídica de direito público interno, Pelo presente instrumento particular, de um lado a Prefeitura Municipal de Bela Vista do Toldo, com sede à Rua Estanislau Schumann, 4873, na Cidade de Bela Vista, Estado de Santa Catarina - CEP 89478-000, CNPJ nº 01.612.888/0001-86, neste ato representada pelo Senhor Adelmo Alberti, casado, no exercício do Cargo de Prefeito, residente e domiciliado à rua Rodovia Ovídio Damaso da Silveira s/n.º, no centro do Município de Bela Vista do Toldo - SC, inscrito no CPF sob o n.º 948.399.059-91 e portador da cédula de identidade n.º 3.117.305-SC, doravante denominado simplesmente CONTRATANTE e, de outro lado, a empresa \_\_\_\_\_, endereço a rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, inscrito no CNPJ sob nº \_\_\_\_\_ neste ato representada pelo Sr (a) \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_ residente e domiciliado (a) \_\_\_\_\_, doravante designado(a) simplesmente "CONTRATADO(A).

### CONTRATADA:

As partes acima identificadas, nos termos da Inexigibilidade nº xxx/2022, bem como das normas da Lei 14.133/2021, firmam o presente Contrato mediante as cláusulas e condições seguintes:

Rua Ovande dos Santos Pacheco, 240-Centro  
Fone (47) 3629 0206 – CEP 89.478-000  
Bela Vista do Toldo – SC



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELA VISTA DO  
TOLDO**

CNPJ: 10.324.957/0001-47  
HOME PAGE: [www.pmbvt.sc.gov.br](http://www.pmbvt.sc.gov.br)  
E-MAIL: [compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br](mailto:compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br)

### **CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O presente Contrato tem por objeto a CONTRATAÇÃO DE FARMÁCIAS e/ou DROGARIAS para fornecimento de medicamentos destinados a pacientes em situação de vulnerabilidade, grave ou de urgência, e ainda por ordem judicial, dos quais a Secretaria Municipal de Saúde não possui em estoque, sendo:

Parágrafo Único - A presente contratação não gerará nenhum vínculo empregatício entre o FMS perante a CONTRATADA e os profissionais contratados, sendo de sua responsabilidade deslocamento, transporte, estadia e alimentação dos profissionais, pagamento de impostos, encargos e tributos que incidirem sobre a contratação.

### **CLÁUSULA SEGUNDA - DO PREÇO E REAJUSTE**

O valor total estimado para o presente contrato é de R\$ 0,00 (por extenso). A CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, pelos medicamentos efetivamente entregues, os valores com descontos descritos abaixo, constantes na Tabela DA ABC FARMA 1) Preços de Medicamentos (Preço Máximo ao Consumidor) – Versão atualizada, referente aos preços aplicados no Estado de Santa Catarina – Coluna ICMS 17%.

ITEM 01 - 10% (dez por cento) para medicamentos de referência;

ITEM 02 - 15% (quinze e cinco por cento) para medicamentos genéricos; e

ITEM 03 - 25% (vinte e cinco por cento) para medicamentos similares.

§ 1º. No preço ajustado entre as partes estão inclusas todas as despesas que influam nos custos, tais como: estadia, alimentação e transporte dos profissionais, pagamento de impostos, encargos e tributos que incidirem sobre a contratação, despesas com custo, descarga, seguro e frete,



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE BELA VISTA DO  
TOLDO**

CNPJ: 10.324.957/0001-47

HOME PAGE: [www.pmbvt.sc.gov.br](http://www.pmbvt.sc.gov.br)

E-MAIL: [compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br](mailto:compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br)

obrigações sociais, trabalhistas, fiscais, encargos comerciais ou de qualquer natureza e todos os ônus diretos.

§ 2º. Os valores estipulados na tabela serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pela TABELA ABC FARMA.

§ 3º. Os reajustes independem de termo aditivo, sendo, necessário anotar no processo administrativo do FMS a origem e autorização do reajuste, bem como os respectivos cálculos.

### **CLÁUSULA TERCEIRA - CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

O pagamento ocorrerá em até 30 (trinta) dias após a efetiva entrega do veículo, precedido da apresentação da nota fiscal no departamento contábil da Prefeitura, mediante liquidação das despesas, podendo ser solicitada ao fornecedor novas Certidões Negativas de Débitos, de acordo com a validade daquelas apresentadas no ato de julgamentos das propostas.

Na nota fiscal deverá ser relacionado o número deste contrato, qual seja  
Xxx/2022

Não correrão reajustes ou correções dos valores ora contratados.

O CONTRATANTE pagará a(s) Nota(s) Fiscal(is) / Fatura(s) somente ao CONTRATADO, vedado sua negociação com terceiros ou sua colocação em cobrança bancária.

A liberação do pagamento ficará condicionada a consulta prévia ao Sistema de Cadastramento da Prefeitura, para verificação da situação do CONTRATADO em relação às condições de habilitação e qualificação exigidas no ato da contratação.



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELA VISTA DO  
TOLDO**

CNPJ: 10.324.957/0001-47  
HOME PAGE: [www.pmbvt.sc.gov.br](http://www.pmbvt.sc.gov.br)  
E-MAIL: [compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br](mailto:compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br)

#### **CLÁUSULA QUARTA - DA EXECUÇÃO E LOCAL DE ENTREGA**

A CONTRATADA entregar os produtos imediatamente após emissão da autorização de fornecimento parcelada, com tolerância máxima de 02 (duas) horas na Secretaria Municipal de Saúde, de segunda a sexta-feira, no horário de expediente em vigor, juntamente com a Nota Fiscal para conferência; ou na sua própria sede através de servidor designado pela Administração para recebimento do objeto contratado, munido a autorização de fornecimento original.

#### **CLÁUSULA QUINTA – DO PRAZO**

O presente Contrato tem o prazo de validade pelo exercício 2022, contados a partir data de assinatura deste e findando dia 31 de dezembro de 2022, podendo ser renovado ou prorrogado conforme o Art. 84 da Lei 14.133/2022, sofrer acréscimos ou supressões de até 25% (vinte e cinco por cento), conforme o Art. 125 da Lei 14.133/2022.

#### **CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

Os recursos para pagamento do objeto do presente contrato estarão garantidos através das dotações referentes ao exercício 2022, conforme abaixo descrito:

08.01 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE Projeto Atividade xxx -  
(46) - 3.3.90.00.00.00.00.000 - Aplicações Diretas

#### **CLÁUSULA SÉTIMA - DAS OBRIGAÇÕES**

Das Obrigações da CONTRATANTE:

Pagar as despesas decorrentes da publicação do instrumento contratual;

Efetuar os pagamentos nos prazos estabelecidos neste contrato;



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE BELA VISTA DO**  
**TOLDO**

CNPJ: 10.324.957/0001-47

HOME PAGE: [www.pmbvt.sc.gov.br](http://www.pmbvt.sc.gov.br)

E-MAIL: [compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br](mailto:compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br)

Fiscalizar a correta execução e cumprimento do Contrato.

Das Obrigações da CONTRATADA:

Manter-se durante o período de vigência do presente instrumento, compatibilidade com as obrigações assumidas na habilitação quanto à qualificação e regularidade fiscal;

Aceitar nas mesmas condições contratuais os acréscimos ou supressões de até 25% do valor inicial atualizado da contratação;

Entregar o Alvará Sanitário.

Aceitar a fiscalização da Secretaria Municipal de Saúde;

Não transferir ou sublocar a outrem, no todo ou em parte, o presente Contrato, sob pena de rescisão contratual e aplicação de multa;

Fornecer, sempre que solicitados pela Contratante, os comprovantes de pagamentos dos empregados e comprovantes de recolhimento dos encargos sociais e trabalhistas;

Responder pelos vícios dos serviços que se compromete a prestar, e por quaisquer danos que venham a causar inclusive perante terceiros, ficando a contratante isenta de qualquer responsabilidade, em virtude da execução dos serviços, objeto do presente contrato;

Possuir sede dentro do perímetro urbano do Município de Bela Vista do Toldo/SC, com atendimento em horário comercial, nos períodos matutino e vespertino e aos sábados no período matutino;

Providenciar, caso o objeto não corresponda ao exigido pelo Edital, no prazo máximo de até 02 (duas) horas, a sua substituição visando ao atendimento das especificações, sem qualquer ônus para o FMS;

Caso não possua o medicamento solicitado na autorização de fornecimento para entrega no balcão, providenciar sua entrega no prazo máximo de 03 (três) dias corridos, na Secretaria Municipal de saúde, sem nenhum custo adicional ao FMS;

Arcar com todas as despesas com frete, transporte e descarregamento;



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE BELA VISTA DO  
TOLDO**

CNPJ: 10.324.957/0001-47  
HOME PAGE: [www.pmbvt.sc.gov.br](http://www.pmbvt.sc.gov.br)  
E-MAIL: [compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br](mailto:compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br)

Entregar os medicamentos conforme preços, prazos e condições estabelecidas neste instrumento e aplicar o desconto oferecido em sua proposta sobre a tabela descritas no objeto;

Entregar produtos que atendam as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, inclusive quanto às embalagens e rótulos atendendo a legislação em vigor e deverão ter prazo de validade mínimo de 60% (sessenta por cento) da validade total impressa nas embalagens no momento da entrega;

Entregar todos os medicamentos injetáveis em pó acompanhados de seus respectivos diluentes.

#### **CLÁUSULA OITAVA - DA VINCULAÇÃO AO PROCESSO LICITATÓRIO E DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL**

O presente Contrato, encontra-se vinculado ao processo licitatório que o originou, sendo os casos omissos resolvidos à luz da Lei 14.133/2022 e alterações subsequentes.

#### **CLÁUSULA NONA - DAS PRERROGATIVAS DA CONTRATANTE**

A CONTRATANTE reserva-se o direito de uso das seguintes prerrogativas, naquilo que for pertinente a este contrato:

modificá-lo, unilateralmente, para melhor adequação às finalidades de interesse público, respeitados os direitos da contratada;

Rescindi-lo unilateralmente, nos casos especificados no inciso I a XII e XVII do Art. 104 da Lei 14.133/2021;

Fiscalizar lhe a execução;

Aplicar sanções motivadas pela inexecução total ou parcial do ajuste.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA – DAS PENALIDADES**



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE BELA VISTA DO  
TOLDO**

CNPJ: 10.324.957/0001-47  
HOME PAGE: [www.pmbvt.sc.gov.br](http://www.pmbvt.sc.gov.br)  
E-MAIL: [compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br](mailto:compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br)

Em caso de inexecução parcial das obrigações contidas neste instrumento, a CONTRATADA ficará sujeita a:

Advertência;

Pagamento de uma multa diária, enquanto perdurar a situação de infringência, correspondente a 1% (um por cento) do valor total do Contrato, corrigido monetariamente, sem prejuízo do disposto nesta cláusula, até o prazo de 20 (vinte) dias, findo o qual o Contrato poderá ser rescindido.

§ 1º. As multas serão cobradas por ocasião do primeiro pagamento que vier a ser efetuado após sua aplicação.

§ 2º. O valor total das multas não poderá ultrapassar de 20% (vinte por cento) do valor total do Contrato, limite que permitirá sua rescisão, não cabendo, neste caso, a multa prevista na Cláusula Décima Primeira.

### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA RESCISÃO**

O FMS poderá declarar rescindido o presente Contrato independentemente de interpelação ou de procedimento judicial sempre que ocorrerem uma das hipóteses elencadas nos termos da Lei 14.133/21.

§ 1º - O descumprimento total das obrigações contidas neste instrumento, pela CONTRATADA, esta ficará sujeito às penalidades previstas pela Lei 14.133/2021 e alterações subsequentes, bem como multa no valor de 20% (vinte por cento) sobre o valor total do presente Contrato, além de rescisão do mesmo.

§ 2º - O Contrato poderá ser rescindido, ainda, por mútuo acordo.

### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO**

Elegem o foro da Comarca de Canoinhas/SC, Santa Catarina, para dirimirem quaisquer dúvidas oriundas deste Contrato, renunciando a outro foro por mais privilegiado que seja.





E, por estarem justos e contratados, firmam o presente Contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, perante duas testemunhas.

Bela Vista do Toldo (SC), xx de Fevereiro de 2022.



ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BELA VISTA DO TOLDO  
CNPJ: 01.612.888/0001-86  
HOME PAGE: [www.pmbvt.sc.gov.br](http://www.pmbvt.sc.gov.br)  
E-MAIL: [compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br](mailto:compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br)

### ANEXO III

## MODELO REFERENCIAL DE DECLARAÇÃO DE PLENO ATENDIMENTO AOS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO

À PREFEITURA MUNICIPAL DE BELA VISTA DO TOLDO

A Comissão de Licitação

DECLARAMOS, sob as penas das Leis Federais nº 14.133/21 e suas alterações posteriores, conhecer e aceitar todas as condições constantes do Edital do Credenciamento nº xx/2022– Processo nº xx/2022, bem como de seus Anexos, e que, desse modo, atendemos plenamente a todos os requisitos necessários à habilitação e participação no mesmo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Representante legal da empresa  
(Assinatura/Nome/RG/CPF)

**Obs: Esta declaração deverá ser preenchida em papel timbrado da empresa proponente e assinada pelo(s) seu(s) representante(s) legal(is) e/ou procurador(es) devidamente habilitado(s).**



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE BELA VISTA DO  
TOLDO**

CNPJ: 10.324.957/0001-47  
HOME PAGE: [www.pmbvt.sc.gov.br](http://www.pmbvt.sc.gov.br)  
E-MAIL: [compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br](mailto:compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br)

**ANEXO IV**

**MODELO REFERENCIAL DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO**

Eu, \_\_\_\_ (nome completo), representante legal da empresa \_\_\_\_ (razão social da proponente), interessada em participar do Credenciamento nº xx/2022 – Processo nº xx/2022, promovido pela PREFEITURA MUNICIPAL DE BELA VISTA DO TOLDO/SC, declaro sob a pena da Lei Federal nº 14.133/21 e suas alterações posteriores, que, em relação à empresa acima mencionada, inexistente fato impeditivo para licitar e/ou contratar com a Administração Pública Direta, Indireta ou Autárquica. Declaro, ainda, que a empresa está apresentando, na íntegra e sem nenhum defeito, no Envelope “2”, toda a documentação necessária à habilitação, exigida no Edital.

\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Representante legal da empresa  
(Assinatura/Nome/RG/CPF)

**Obs: esta declaração deverá ser preenchida em papel timbrado da empresa proponente e assinada pelo(s) seu(s) representante(s) legal(is) e/ou procurador(es) devidamente habilitado(s).**

Rua Estanislau Schumann, 839, Centro  
Fone (47) 3629 0206 - CEP 89.478-000  
Bela Vista do Toldo - SC



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE BELA VISTA DO  
TOLDO**

CNPJ: 10.324.957/0001-47  
HOME PAGE: [www.pmbvt.sc.gov.br](http://www.pmbvt.sc.gov.br)  
E-MAIL: [compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br](mailto:compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br)

**ANEXO V**

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO EM COMUNICAR A OCORRÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE IMPEDITIVO À HABILITAÇÃO**

Eu, (nome completo), representante legal da empresa (razão social da proponente), interessada em participar da abertura do Credenciamento nº xx/2022 – Processo nº xx/2022, promovido pela PREFEITURA MUNICIPAL DE BELA VISTA DO TOLDO/SC, compromete-se, sob as penas da Lei Federal nº. 14.133/21 e suas alterações a comunicar a esta municipalidade a ocorrência de qualquer fato superveniente impeditivo à habilitação.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Representante legal da empresa  
(Assinatura/Nome/RG/CPF)

**Obs: esta declaração deverá ser preenchida em papel timbrado da empresa proponente e assinada pelo(s) seu(s) representante(s) legal(is) e/ou procurador(es) devidamente habilitado(s).**



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE BELA VISTA DO  
TOLDO**

CNPJ: 10.324.957/0001-47  
HOME PAGE: [www.pmbvt.sc.gov.br](http://www.pmbvt.sc.gov.br)  
E-MAIL: [compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br](mailto:compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br)

**ANEXO VI**

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE EXISTÊNCIA DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE**

Eu, (nome completo), representante legal da empresa (razão social da proponente), interessada em participar da abertura Credenciamento nº xx/2022 – Processo nº xx/2022, promovido pela PREFEITURA MUNICIPAL DE BELA VISTA DO TOLDO/SC, declaro, sob as penas da Lei Federal nº. 14.133/21 e suas alterações que, sem prejuízos das sanções e multas previstas neste ato convocatório (item 12.1.3.1 do edital) somos microempresa ou empresa de pequeno porte, nos termos do enquadramento previsto na Lei Complementar nº. 123, de 14 de Dezembro de 2006, cujos termos declaro conhecer na íntegra, estando apta, portanto, a exercer o direito de preferência como critério de desempate no procedimento licitatório supracitado.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Representante legal da empresa  
(Assinatura/Nome/RG/CPF)

**Obs: esta declaração deverá ser preenchida em papel timbrado da empresa proponente e assinada pelo(s) seu(s) representante(s) legal(is) e/ou procurador(es) devidamente habilitado(s).**



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE BELA VISTA DO  
TOLDO**

CNPJ: 10.324.957/0001-47  
HOME PAGE: [www.pmbvt.sc.gov.br](http://www.pmbvt.sc.gov.br)  
E-MAIL: [compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br](mailto:compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br)

**ANEXO VII**

**DECLARAÇÃO QUE NÃO EMPREGA MENOR DE IDADE**

\_\_\_\_\_ (nome da empresa), inscrita no  
CNPJ sob nº \_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal,  
Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de Identidade nº  
\_\_\_\_\_ Órgão expedidor \_\_\_\_\_ e do C.P.F nº \_\_\_\_\_,

**DECLARA**, para fins de cumprimento do disposto no inciso XXXIII do Art. 7º da  
Constituição Federal, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno,  
perigoso ou insalubre e que não emprega menor de dezesseis anos.

**Ressalva:**

( ) emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz.

(assinalar com "x" a ressalva acima, caso verdadeira)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Representante legal da empresa  
(Assinatura/Nome/RG/CPF)

**Obs: esta declaração deverá ser preenchida em papel timbrado da empresa  
proponente e assinada pelo(s) seu(s) representante(s) legal(is) e/ou procurador(es)  
devidamente habilitado(s).**



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE BELA VISTA DO  
TOLDO**

CNPJ: 10.324.957/0001-47  
HOME PAGE: [www.pmbvt.sc.gov.br](http://www.pmbvt.sc.gov.br)  
E-MAIL: [compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br](mailto:compras.licitacao@pmbvt.sc.gov.br)

**DECLARAÇÃO**  
**ANEXO VIII - Ausência de Parentesco**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo pessoa física), carteira de identidade nº \_\_\_\_\_, expedida pela \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_, componente do objeto de licitatório \_\_\_\_\_ (nome do objeto), **DECLARO**, sob as penas da Lei, para os devidos fins, que não sou e não possuo parentesco com agente público do Município de Bela Vista do Toldo/SC, conformidade a Lei 14.133/21.

:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022

\_\_\_\_\_  
Representante legal da empresa  
(Assinatura/Nome/RG/CPF)

**Obs: esta declaração deverá ser preenchida em papel timbrado da empresa proponente e assinada pelo(s) seu(s) representante(s) legal(is) e/ou procurador(es) devidamente habilitado(s).**