



ESTADO DO PARÁ
Prefeitura Municipal de São Domingos do Capim
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
C.N.P.J. 13.885.840/0001-20



Ofício n.º 1223/2018

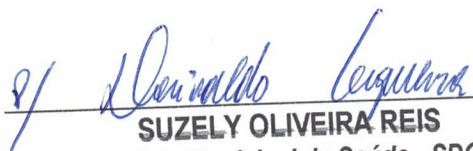
São Domingos do Capim/PA, 07 Dezembro de 2018.

Ilma.º Sra.
MARIA JOSÉ BASTOS DO AMARAL
M.D.: Presidente da CPL/PMSDC

Prezada Senhora,

Ao cumprimentá-la encaminho, em anexo, previsão de consumo e Termo de Referência de MEDICAMENTOS DO PROGRAMA DE FARMÁCIA BÁSICA, para o período de 12 meses. Certa de vossa colaboração e entendimento agradeço.

Cordialmente,


SUZELY OLIVEIRA REIS

Secretária Municipal de Saúde - SDC/PA



ESTADO DO PARÁ
MUNICÍPIO DE SÃO DOMINGOS DO CAPIM
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
C.N.P.J. 13.885.840/0001-20



TERMO DE REFERÊNCIA

1 - OBJETO

1.1 - O presente Termo de Referência tem por objeto a aquisição de **MEDICAMENTOS ESSENCIAIS PARA A EXECUÇÃO DO PROGRAMA DE FARMÁCIA BÁSICA** de São Domingos do Capim, pelo período de 12 meses, de acordo com as especificações e quantidades constantes no anexo I integrante deste documento.

2 - JUSTIFICATIVA

2.1. Atender os usuários da Rede Municipal de Saúde de São Domingos do Capim com Medicamentos do Elenco de Farmácia Básica, pelo período de 12 meses.

3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

3.1 – A aquisição do objeto deste Termo de Referência tem amparo legal nas disposições da Lei Federal nº 10.520, de 17.07.2002, da Lei Estadual nº 6.474, de 06.08.2002, do Decreto nº 2.069, de 20.02.2006, aplicando-se, subsidiariamente, a Lei nº 8.666, de 21.06.1993 e a Lei Complementar Federal nº 123/2006 ao procedimento licitatório.

4 – PRAZOS E LOCAL DE ENTREGA DO OBJETO

4.1 – A entrega do objeto observará o especificado abaixo:

- a) Local de entrega: **Almoxarifado Central da Secretaria Municipal de Saúde, sito à Rua Padre José de Anchieta S/N. Bairro: Centro, CEP: 68.635-000 – São Domingos do Capim/PA.**
- b) Número de parcelas: XXXXX
- c) Prazo de entrega: *até 10 (dez) dias após o recebimento do pedido, que deverá ser realizado pelo setor responsável em papel timbrado e devidamente assinado pelo gestor municipal, e enviado ao fornecedor por meio físico e/ou eletrônico.*
- d) A empresa vencedora deverá comunicar à Secretaria Municipal de Saúde a data e o horário previsto para a entrega do presente objeto com prazo mínimo de 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.

5 – CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO E GARANTIA DO OBJETO

- 5.1 – A aceitação do objeto está condicionada ao atendimento das especificações constantes do Anexo I deste Termo de Referência e à Proposta da Licitante;
- 5.2 – Os medicamentos deverão estar acondicionados em suas embalagens originais e em perfeitas condições de uso, estarem na linha de produção atual do fabricante, além de apresentar adequado padrão de qualidade, o que é assegurado pela apresentação do **Laudo de Análise de Controle de**



ESTADO DO PARÁ
MUNICÍPIO DE SÃO DOMINGOS DO CAPIM
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
C.N.P.J. 13.885.840/0001-20



Qualidade, emitido pelo Fabricante e/ou Detentor do Registro do produto, o qual deve contemplar:

- 5.2.1 – Identificação do Laboratório;
- 5.2.2 - Especificações (valores aceitáveis) e respectivos resultados das análises dos produtos;
- 5.2.3 - Identificação do responsável com o respectivo número de inscrição no seu conselho profissional correspondente;
- 5.2.4 - Lote e data de fabricação;
- 5.2.5 - Assinatura do responsável;
- 5.2.6 - Data; e
- 5.2.7 – Resultado da análise.

5.3 – Os medicamentos deverão estar devidamente registrados no órgão competente do Ministério da Saúde (Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA);

5.3.1– Entende-se por garantia para os fins que se destina este Edital, aquela destinada a remover falhas ou qualquer defeito de fabricação apresentados pelo produto, compreendendo a substituição do produto e demais correções necessárias.

5.3.2 – Os chamados relativos à garantia serão feitos pelo Contratante, por escrito, por correio eletrônico ou por telefone, obrigando-se a empresa a atendê-la no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas e, caso tenha que substituir o produto, deverá ser trocado por outro de igual especificação em até 72 (setenta e duas) horas, em perfeitas condições de uso e sob as mesmas condições contratuais.

5.4 – Os medicamentos deverão ser entregues com validade mínima de 12 (doze) meses

6 - RESPONSABILIDADES DO CONTRATADO

São responsabilidades do Fornecedor:

6.1 – Fornecer o objeto deste Termo de Referência, atendendo os requisitos e observadas às normas constantes deste instrumento e seu Anexo I;

6.2 – Assumir os ônus e responsabilidades pelo recolhimento de todos os tributos federais, estaduais e municipais que incidam ou venham a incidir sobre o objeto deste Termo;

6.3 – Cumprir todas as cláusulas contratuais que definam suas obrigações;

6.4 – Responsabilizar-se pela(s) garantia(s) do(s) produto(s), objeto da Licitação, dentro dos padrões de certificação de qualidade, segurança, durabilidade e desempenho, conforme previsto na legislação em vigor;

6.5 – Utilizar, durante as garantias, somente materiais que tenham padrões de qualidade iguais ou superiores aos materiais utilizados na fabricação dos produtos;



ESTADO DO PARÁ
MUNICÍPIO DE SÃO DOMINGOS DO CAPIM
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
C.N.P.J. 13.885.840/0001-20



6.6 – Arcar com todas as despesas, diretas ou indiretas, decorrentes do cumprimento das obrigações assumidas, inclusive aquelas com deslocamentos, enquanto perdurar a vigência da garantia oferecida pela contratada ou fabricante.

6.7 – Prestar todos os esclarecimentos que forem solicitados pela Secretaria Municipal de Saúde durante a vigência da garantia.

7 – RESPONSABILIDADE DA CONTRATANTE

São responsabilidades da Secretaria Municipal de Saúde:

7.1 – Proporcionar todas as facilidades para que o fornecedor possa cumprir suas obrigações dentro das condições estabelecidas no Edital;

7.2 – Rejeitar os produtos cujas especificações não atendam, em qualquer dos itens, aos requisitos mínimos constantes do Anexo I deste Termo de Referência;

7.3 – Efetuar o(s) pagamento(s) da(s) Nota(s) Fiscal (ais)/Fatura(s) da contratada, após a efetiva entrega dos produtos, observando, ainda, as condições estabelecidas no Edital;

7.4 – Designar comissão ou servidor para proceder à avaliação de cada um dos itens que compõem o objeto deste Termo;

7.5 – Notificar a empresa, por escrito, sobre falhas ou irregularidades constantes de cada um dos itens que compõem o objeto deste Termo de Referência, para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias;

7.6 – Prestar todas as informações e/ou esclarecimentos que venham a ser solicitados pelos técnicos da contratada.

8 – PROCEDIMENTOS DE FISCALIZAÇÃO

8.1 – Caberá ao servidor designado rejeitar, totalmente ou em parte, qualquer produto que não atenda as especificações contida no edital e seus anexos.

8.2 – A presença da fiscalização da Contratante não omite nem diminui a responsabilidade da empresa contratada.

9 - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas oriundas do presente contrato correrão por conta da dotação orçamentária exercício 2019 atividade 10.303.0008 2.062 Gestão do Programa de Assistência Farmacêutica Básica, classificação econômica 33.90.30.00 outros serv. de Terceiros Pessoa Jurídica, subelemento 33.90.30.09, material de consumo no valor de R\$...

10 – DAS SANÇÕES APLICÁVEIS AO LICITANTE

9.1 – Pela inexecução total ou parcial do objeto deste Processo Licitatório, a Secretaria Municipal de Saúde poderá, garantida a prévia defesa, aplicar aos licitantes vencedores as seguintes sanções:

9.1.1 – Advertência;





ESTADO DO PARÁ

MUNICÍPIO DE SÃO DOMINGOS DO CAPIM
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
C.N.P.J. 13.885.840/0001-20



9.1.2 – Multa moratória no percentual correspondente a xxx % (xxxx por cento) por dia de atraso, observado o limite de 15 (quinze) dias corridos.

9.1.2.1 – A multa moratória será aplicada a partir do 1º dia útil da inadimplência, contado da data definida para o regular cumprimento da obrigação;

9.1.3 – Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor do bem não entregue, no caso de inexecução total ou parcial do objeto contratado, recolhida no prazo de 15 (quinze) dias corridos, contado da comunicação oficial, sem embargo de indenização dos prejuízos porventura causados a Secretaria Municipal de Saúde pela não execução parcial ou total do contrato;

9.1.4 - Decorridos 30 (trinta) dias sem que a Contratada tenha cumprido com a obrigação assumida estará caracterizada a inexecução contratual, ensejando sua rescisão.

9.2 – Ficará impedida de licitar e de contratar com a Administração Pública, pelo prazo de até 05 (cinco) anos, garantido o direito prévio da citação e de ampla defesa, enquanto perdurar os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, a licitante que convocada dentro do prazo de validade da sua proposta, não celebrar o contrato, deixar de entregar a documentação exigida para o certame ou apresentar documentação falsa, ensejar o retardamento da execução do objeto, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal;

9.3 – As sanções previstas nos subitens 9.1.1 e 9.2 deste item poderão ser aplicadas juntamente com as dos subitens 9.1.2 e 9.1.3, garantida a defesa prévia do interessado, no respectivo processo, no prazo de 05 (cinco) dias úteis.

9.4 – As penalidades serão obrigatoriamente registradas no (SICAF???) e, no caso de suspensão de licitar, o licitante deverá ser descredenciado por igual período, sem prejuízo das multas previstas no Edital e das demais cominações legais.



ESTADO DO PARÁ

MUNICÍPIO DE SÃO DOMINGOS DO CAPIM
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
C.N.P.J. 13.885.840/0001-20



ANEXO I

MEDICAMENTOS DO ELENCO DE FARMÁCIA BÁSICA

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	ACETATO DE HIDROCORTISONA 10MG/G (1%) CREME DERMATOLOGICO	BISNAGA 20G	1.500
2	ACICLOVIR 200MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	30.000
3	ACICLOVIR 50MG/G (5%)	BISNAGA 10G	4.000
4	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	500.000
5	ÁCIDO FÓLICO 0,2MG/ML SOLUÇÃO ORAL	FRASCO 30ML	1.500
6	ÁCIDO FÓLICO 5MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	40.000
7	ALBENDAZOL 400 MG COMPRIMIDO MASTIGÁVEL	COMPRIMIDO	16.000
8	ALBENDAZOL 40MG/ML SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 10ML	6.000
9	ALCACHOFRA (Cynara scolymus L. 24 mg a 48 mg de derivados de ácido cafeoilquinico expressos em acidoclorogenico) SOLUÇÃO ORAL	FRASCO 100 a 120 ml	
10	AMOXICILINA 500MG CÁP. GELATINOSA DURA	CÁPSULA	1.200.000
11	AMOXICILINA 50MG/ML SUSP. ORAL	FRASCO 150ML	15.000
12	AMOXICILINA 500MG +CLAVULANATO DE POTÁSSIO 125MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	10.000
13	AMOXICILINA 50MG/ML + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 12,5MG/ML SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 75ML	500
14	ANLODIPINO (BESILATO) 10MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	30.000
15	ANLODIPINO (BESILATO) 5MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	40.000
16	ATENOLOL 50MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	80.000
17	ATENOLOL 100MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	50.000
18	AZITROMICINA 40MG/ML PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 15ML	10.000
19	AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	75.000
20	BENZILPENICILINA BENZATINA 1200.000UI PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL	FRASCO - AMPOLA	4.000
21	BENZILPENICILINA BENZATINA 600.000UI PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL	FRASCO - AMPOLA	2.000
22	BENZILPENICILINA POTÁSSICA 5.000.000 UI PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO-AMPOLA	2.000



ESTADO DO PARÁ

MUNICÍPIO DE SÃO DOMINGOS DO CAPIM
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
C.N.P.J. 13.885.840/0001-20



23	CAPTOPRIL 25MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	400.000	✓
24	CARBONATO DE CÁLCIO + COLECALCIFEROL COMPRIMIDO 500 MG + 400 UI	COMPRIMIDO	18.000	✓
25	CARVEDILOL 3,125MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	9.000	✓
26	CARVEDILOL 6,25MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	6.000	✓
27	CEFALEXINA SÓDICA OU CEFALEXINA (CLORIDRATO) 500MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	60.000	✓
28	CEFALEXINA SÓDICA OU CLORIDRATO DE CEFALEXINA 50MG/ML SUSP. ORAL	FRASCO 100ML	5.000	✓
29	CETOCONAZOL 20MG/G (2%) XAMPU	FRASCO 200ML	500	✓
30	CLARITROMICINA 250MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	30.000	✓
31	CLORETO DE SÓDIO 3,4 mEq/mL (20%) SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10ML	10.000	✓
32	CLORETO DE SÓDIO, GLICOSE ANIDRA, CLORETO DE POTÁSSIO, CITRATO DE SÓDIO DI-HIDRATADO (SAIS PARA REHIDRATAÇÃO ORAL PÓ PARA SOLUÇÃO ORAL)	ENVELOPE 27,9G	7.000	✓
33	CLORIDRATO DE AMIODARONA 200MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	6.000	✓
34	CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO 500MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	350.000	✓
35	CLORIDRATO DE CLINDAMICINA 150MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	20.000	✓
36	CLORIDRATO DE DOBUTAMINA 12,5 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 20ML	1.500	✓
37	CLORIDRATO DE DOPAMINA 5MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10ML	1.500	✓
38	CLORIDRATO DE HIDRILAZINA 25MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	8.000	✓
39	CLORIDRATO DE HIDRILAZINA 50MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	8.000	✓
40	CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA 5MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	15.000	✓
41	CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA 4MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	30.000	✓
42	CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA 4MG/ML SOLUÇÃO ORAL	FRASCO 10ML	8.000	✓
43	CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 1ML	5.000	✓
44	CLORIDRATO DE TETRACILCINA 10MG/G (1%) POMADA OFTÁLMICA	BISNAGA 3,5G	300	✓
45	DEXAMETASONA 0,1MG/ML ELIXIR	FRASCO 120ML	3.000	✓
46	DEXAMETASONA 1MG/G (0,1%) CREME DERMATOLÓGICO	BISNAGA 10G	30.000	✓
47	DEXAMETASONA 4MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	20.000	✓
48	DEXAMETASONA 1MG/mL SUSPENSÃO OFTÁLMICA	FRASCO 5ML	300	✓
49	DEXCLORFENIRAMINA (MALEATO) 0,4MG/ML SOLUÇÃO ORAL	FRASCO 120ML	3.500	✓

Sexta Rua, s/n, ALTOS SUPERMERCADO MARCOS - CENTRO
CEP. 68635-000 - São Domingos do Capim - Pará
E-mail: secsaudesdc@gmail.com



ESTADO DO PARÁ

MUNICÍPIO DE SÃO DOMINGOS DO CAPIM
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
C.N.P.J. 13.885.840/0001-20



50	DEXCLORFENIRAMINA (MALEATO) 2MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	80.000	✓
51	DIGOXINA 0,05MG/ML ELIXIR ORAL	FRASCO 60ML	500	✓
52	DIGOXINA 0,25MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	3.600	✓
53	DINITRATO DE ISOSSORBIDA MG COMPRIMIDO SUBLINGUAL	COMPRIMIDO	8.000	✓
54	DIPIRONA 500MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	800.000	✓
55	DIPIRONA 500MG/ML SOLUÇÃO ORAL	FRASCO 10ML	20.000	✓
56	ENALAPRIL (MALEATO) 5MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	20.000	✓
57	ENALAPRIL (MALEATO) 10MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	20.000	✓
58	ENALAPRIL (MALEATO) 20MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	20.000	✓
59	ERITROMICINA (ESTOLATO) 500MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	20.000	✓
60	ERITROMICINA (ESTOLATO) 250MG/5ML SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 100ML	8.000	✓
61	ESPINHEIRA SANTA (Maytenus ilicifolia Mart. ex Reissek 60 mg a 90 mg de taninos totais expressos em pirogalol) CÁPSULA	CÁPSULA	10.000	✓
62	ESPIRONOLACTONA 25MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	6.000	✓
63	ESPIRONOLACTONA 100MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	6.000	✓
64	FLUCONAZOL 150MG CÁPSULA GELATINOSA DURA	CÁPSULA	50.000	✓
65	FLUOCINOLONA ACETONIDA 0,250MG/ML+ SULFATO DE POLIMIXINA B10.000 UI/ML+SULFATO DE NEOMICINA 3,5MG/ML+CLORIDRATO DE LIDOCAINA 20MG/ML SOLUÇÃO OTOLÓGICA	FRASCO GOTEJADOR 10ML	800	✓
66	FOLINATO DE CÁLCIO (ÁCIDO FOLÍNICO) 15MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	3.000	✓
67	FUROSEMIDA 40MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	100.000	✓
68	GENTAMICINA (SULFATO) 5MG/ML COLÍRIO	FRASCO 5ML	200	✓
69	GLICLAZIDA 30MG COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	COMPRIMIDO	8.000	✓
70	GLICLAZIDA 60MG COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	COMPRIMIDO	5.000	✓
71	GLIBENCLAMIDA 5MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	600.000	✓
72	GLICEROL 120MG/ml SOLUÇÃO RETAL	FRASCO 500ML	600	✓
73	<u>GLICEROL SUPOSITÓRIO 72MG</u>			✓ A VER
74	GLICOSE 500MG/ML (50%) SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10ML	10.000	✓
75	GLICOSE 50MG/ML (5%) SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO SISTEMA	5.000	✓

Sexta Rua, s/n, ALTOS SUPERMERCADO MARCOS - CENTRO
CEP. 68635-000 – São Domingos do Capim – Pará
E-mail: secsaudecdc@gmail.com



ESTADO DO PARÁ

MUNICÍPIO DE SÃO DOMINGOS DO CAPIM
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
C.N.P.J. 13.885.840/0001-20



		FECHADO 500ML	
76	GLICOSE 50MG/ML (5%) SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO SISTEMA FECHADO 250ML	4.000
77	GUACO (<i>MICANIA GLOMERATA</i> SPRENG.) XAROPE	FRASCO 100ML	10.000
	HIDROCLOROTIAZIDA 12,5MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	5.000
78	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	700.000
79	HIDROXIDO DE ALUMINIO 61,5MG/ML SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 100ML	9.000
80	IBUPROFENO 300MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	600.000
81	IBUPROFENO 50 MG/ML SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 30ML	20.000
82	IBUPROFENO 600MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	300.000
83	IPRATÓPIO, BROMETO DE, 0,25MG/ML SOLUÇÃO INALATÓRIA	FRASCO 20ML	1.000
84	ISOFLAVONA DE SOJA [(Glycine max (L.) Merr.)] 50MG CÁPSULA	CÁPSULA	6.000
85	ISOFLAVONA DE SOJA [(Glycine max (L.) Merr.)] 120MG CÁPSULA	CÁPSULA	6.000
86	ITRACONAZOL 100MG CÁPSULA	CÁPSULA	6.000
87	IVERMECTINA 6MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	10.000
88	LACTULOSE 667MG/ML XAROPE	FRASCO 120ML	1.000
89	LIDOCAÍNA (CLORIDRATO 20MG/G (2%) GEL TÓPICO	BISNAGA 30G	1.000
90	LORATADINA 10MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	20.000
91	LORATADINA 1MG/ML XAROPE	FRASCO 100ML	4.000
92	LOSARTANA POTÁSSICA 50MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	800.000
93	METFORMINA (CLORIDRATO) 500MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	100.000
94	METFORMINA (CLORIDRATO) 850MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	400.000
95	METILDOPA 250MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	80.000
96	METRONIDAZOL (BENZOIL) 40MG/ML SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 100ML	12.000
97	METRONIDAZOL 100MG/G (10%) GELEIA VAGINAL	BISNAGA 50G + APLICADOR	5.000
98	METRONIDAZOL 250MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	300.000
99	METRONIDAZOL 400MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	5.000
100	MICONAZOL (NITRATO) 20MG/G (2%) CREME VAGINAL	BISNAGA 80G+ APLICADOR	5.000
101	MICONAZOL, NITRATO DE, 20MG/G (2%) CREME DERMATOLÓGICO	BISNAGA 28G	10.000

Sexta Rua, s/n, ALTOS SUPERMERCADO MARCOS - CENTRO
CEP. 68635-000 - São Domingos do Capim - Pará
E-mail: secsaudecdc@gmail.com



ESTADO DO PARÁ

MUNICÍPIO DE SÃO DOMINGOS DO CAPIM
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
C.N.P.J. 13.885.840/0001-20

102	NIFEDIPINO 10MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO OU CÁPSULA	40.000	✓
103	NISTATINA 100.000UI/ML SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 50ML + CONTAG	1.200	✓
104	NITROFURANTOÍNA 100MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	11.200	✓
105	ÓLEO MINERAL	FRASCO 100ML	1.000	✓
106	OMEPRAZOL 10 MG CAPSULA COM GRÂNULOS GASTRO RESISTENTES	CÁPSULA	30.000	✓
107	OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA COM GRÂNULOS GASTRO RESISTENTES	CÁPSULA	80.000	✓
108	PARACETAMOL 200MG/ML SOLUÇÃO ORAL	FRASCO 15ML	25.000	✓
109	PARACETAMOL 500MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	850.000	✓
110	PASTA D'AGUA (FN)	FRASCO 130-140G	2.500	✓
111	PERMETRINA 50MG/G (5%) LOÇÃO TÓPICA	FRASCO 60ML	700	✓
112	PREDNISOLONA (FOSFATO DISSÓDICO) 1MG/ML SOLUÇÃO ORAL	FRASCO 100ML	300	✓
113	PREDNISOLONA 3MG/ML SOLUÇÃO ORAL	FRASCO 100ML	700	✓
114	PREDNISONA 20MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	40.000	✓
115	PREDNISONA 5MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	40.000	✓
116	PROMETAZINA (CLORIDRATO) 25MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	80.000	✓
117	PROPRANOLOL (CLORIDRATO) 10MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	20.000	✓
118	PROPRANOLOL (CLORIDRATO) 40MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	50.000	✓
119	RANITIDINA (CLORIDRATO) 150MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	100.000	✓
120	RANITIDINA (CLORIDRATO) 15MG/ML XAROPE	FRASCO 120ML	700	✓
121	SALBUTAMOL (SULFATO) 100MCG/DOSE AEROSSOL	FRASCO 200 DOSES	120	✓
122	SINVASTATINA 10 MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	50.000	✓
123	SINVASTATINA 20 MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	150.000	✓
124	SINVASTATINA 40 MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	30.000	✓
125	SOLUÇÃO RINGER + LACTATO (LACTATO DE SÓDIO 3 MG/ML + CLORETO DE SÓDIO 6 MG/ML + CLORETO DE POTÁSSIO 0,3 MG/ML + CLORETO DE CÁLCIO 0,2 MG/ML) SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO SISTEMA FECHADO 500ML	2.500	✓
126	SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA 100MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO AMPOLA	3.000	✓
127	SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA 500MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO AMPOLA	5.000	✓