



ESTADO DO PARÁ

Prefeitura Municipal de São Domingos do Capim

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

C.N.P.J. 13.885.840/0001-20

20181212001



Ofício n.º 1225/2018

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 INJETÁVEIS E NÃO INJETÁVEIS PARA SUPRIMENTO DAS DEMANDAS DO HOSPITAL MUNICIPAL, 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 INJETÁVEIS E NÃO INJETÁVEIS PARA SUPRIMENTO DAS DEMANDAS DO HOSPITAL MUNICIPAL 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, em âmbito hospitalar, os usuários da Rede Municipal de Saúde de São Domingos do Capim, 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



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



padrão de qualidade, o que é assegurado pela apresentação do **Laudo de Análise de Controle de 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 10.302.0008 2.083 Manutenção do Hospital Municipal, 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



ANEXO I

MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALAR

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANT.
-	ÁCIDO ASCÓRBICO 100MG/ML (VITAMINA C) SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 5ML	4.000 OK
2	ÁCIDO TRANEXÂMICO 50MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 5ML	2.500 OK
3	ADRENALINA/EPINEFRINA 1MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 1ML	1.000 OK
4	ÁGUA PARA INJETÁVEIS SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10ML	30.000 ✓
5	ÁGUA PARA INJETÁVEIS SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO SISTEMA FECHADO 500ML	1.200 ✓
6	AMBROXOL (CLORIDRATO) 30MG/ML XAROPE	FRASCO 120ML	800 ✓
7	AMBROXOL (CLORIDRATO) 15MG/ML XAROPE	FRASCO 120ML	800 ✓
8	AMINOFILINA 24MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10ML	2.000 ✓
9	AMIODARONA 50MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 3ML	100 ✓
	AMPICILINA 50MG/ML SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 150ML	750 ✓
	AMPICILINA 500MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	10.000 ✓
10	AMPICILINA SÓDICA 500MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO-AMPOLA 10ML	5.000 ✓
11	AMPICILINA SÓDICA 1000MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO-AMPOLA 10ML	3.000 ✓
12	ATROPINA (SULFATO) 0,25MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 1ML	1.000 ✓
16	BUTILB DE ESCOPOLAMINA 6,67MG/ML +DIPIRONA SÓDICA 334,60MG/ML SOLUÇÃO ORAL	FRASCO 20ML	1.200 ✓
17	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 20MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 1ML	5.000 ✓
18	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 4MG/ML + DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML SOL. INJ.	AMPOLA 5ML	20.000 ✓
19	CEFALOTINA SÓDICA 1000 MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO-AMPOLA 5ML	3.500 ✓
20	CEFTRIAXONA DISSÓDICA 1G PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO-AMPOLA 10ML	5.000 ✓
21	CETOPROFENO 50MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	5.000 ✓
22	CIMETIDINA 150MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	1.000 ✓
23	CLORANFENICOL (SUCCINATO SÓDICO) 1000MG SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO-AMPOLA 5ML OU 10ML	3.000 ✓
24	CLORETO DE POTÁSSIO 100MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10ML	2.000 ✓

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



25	CLORETO DE SÓDIO 0,9% S/F SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO SISTEMA FECHADO 250ML	2.500	✓
26	CLORETO DE SÓDIO 0,9% S/F SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO SISTEMA FECHADO 500ML	30.000	✓
27	CLORETO DE SÓDIO 0,9% SOLUÇÃO FISIOLÓGICA NÃO ESTÉRIL DE USO EXTERNO	FRASCO 500ML	3.000	✓
28	CLORETO DE SÓDIO 100MG/ML (10%) SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10ML	3.000	✓
29	CLORIDRATO DE BUPIVACAÍNA 5MG/ML+ GLICOSE 80MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 4ML	2.500	✓
30	CLORIDRATO DE HIDRALAZINA 20MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 1ML	1.000	✓
31	CLORIDRATO DE ISOXSUPRINA 10MG/2ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	1.200	✓
32	CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA 20MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO 20ML	2.500	✓
33	CLORIDRATO DE ONDANSETRONA DIIDRATADO 2MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	800	✓
34	CLORIDRATO DE PIPERIDOLATO 100MG+HESPERIDINA 50MG+ ACIDO ASCÓRBICO 50MG	COMPRIMIDO	6.000	✓
35	COLAGENASE 0,6 U/G + CLORANFENICOL 0,01G/G POMADA DERMATOLÓGICA	BISNAGA 30G	700	✓
36	COMPLEXO B (POLIVITAMÍNICO) SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	4.000	✓
37	DESLANOSÍDEO 0,2MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	700	✓
38	DICLOFENACO SÓDICO 25MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 3ML	30.000	✓
39	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	30.000	✓
40	DIMENIDRINATO 50MG/ML +CLORIDRATO DE PIRIDOXINA50MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 1ML	2.000	✓
41	ETILEFRINA (CLORIDRATO) 10MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 1ML	1.500	✓
42	FENOTEROL (BROMIDRATO) 5MG/ML SOLUÇÃO INALATÓRIA	FRASCO 20ML	800	✓
43	FOSFATO DISSÓDICO DE DEXAMETASONA 4MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2,5ML	25.000	✓
44	FUROSEMIDA 10MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	6.000	✓
45	GENTAMICINA (SULFATO) 20MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 1ML	2.000	✓
46	GENTAMICINA (SULFATO) 40MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	2.500	✓
47	GENTAMICINA (SULFATO) 80MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	6.000	✓
48	GLICONATO DE CÁLCIO 100MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10ML	3.000	✓
49	GLICOSE 25% SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10ML	10.000	✓
50	GLICOSE+CLORETO DE SÓDIO (50MG+9MG)/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO SISTEMA FECHADO 500ML	3.000	✓
51	CURATIVO EM BASE HIDROGEL COM ALGINATO DE CALCIO/SÓDIO	BISNAGA 85G	200	✓
52	IMUNOGLOBULINA ANTI-Rh (d) HUMANA 300 mcg/2ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	40	✓
53	ISOSSORBIDA (DINITRATO) 5MG COMPRIMIDO SUBLINGUAL	COMPRIMIDO	8.000	✓
54	MALEATO DE METILERGOMETRINA 0,125 MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	7.000	✓
55	MALEATO DE METILERGOMETRINA 0,2MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 1ML	1.500	✓
56	MANITOL 200MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO 250ML	1.000	✓



ESTADO DO PARÁ

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



	MENBENDAZOL 20MG/ML SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 30ML	900
57	METILDOPA 500MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	15.000
58	METRONIDAZOL 5MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO SISTEMA FECHADO 100ML	4.000
59	NIFEDIPINO 20MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	40.000
60	NIFEDIPINO 10MG COMPRIMIDO SUBLINGUAL	COMPRIMIDO	12.000
61	NIMESULIDA 100MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	3.000
62	NIMESULIDA 50MG/ML SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 15ML	600
63	NITRATO DE PRATA 10MG/ML (10%) SOLUÇÃO OFTÁLMICA	FRASCO 3ML	300
64	NITROFURAL/NITROFURAZONA 2MG/G (2%) POMADA DERMATOLÓGICA	POTE 500G	1.000
65	OCITOCINA 5UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 1ML	600
66	RANITIDINA (CLORIDRATO) 25MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	2.000
67	OXACILINA SÓDICA 500MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO AMPOLA	4.000
68	SECNIDAZOL 1000MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	5.000
69	SECNIDAZOL 450MG SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 15ML	1.000
70	SIMETICONA 40MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	30.000
71	SIMETICONA 75MG/ML EMULSÃO ORAL	FRASCO 15ML	4.000
72	SOLUÇÃO DE GELATINA 3,5% SOLUÇÃO PARA INFUSÃO	BOLSA PLÁSTICA	800
73	SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO SIST FECHADO 500ML	2.500
74	SULFATO DE NEOMICINA+BACITRACINA ZINCICA 5MG/G+250 UI POMADA DERMATOLÓGICA	BISNAGA 10G	15.000
75	SULFATO DE AMICACINA 100MG/2ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	3.000
76	SULFATO DE AMICACINA 500MG/2ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	3.000
77	SALFATO DE SALBUTAMOL 0,4MG/ML XAROPE	FRASCO 120ML	4.000
78	VITAMINA K (FITOMENADIONA) 10MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 1ML	1.500