



ESTADO DO PARÁ

Prefeitura Municipal de São Domingos do Capim

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

912021-00043
20210324002

Ofício n.º 139/2021

São Domingos do Capim/PA, 09 Março de 2021.

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. Certo de vossa colaboração e entendimento agradeço.

Cordialmente,




SÉRGIO ROMERO DE A. OLIVEIRA
Secretário Municipal de Saúde - SDC/PA



ESTADO DO PARÁ
Prefeitura Municipal 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 E DEMAIS SERVIÇOS MUNICIPAIS DE SAÚDE** 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 e ambulatorial, os usuários da Rede Pública 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 Gomes e Palheta S/N. Bairro: Centro, CEP: 68.635-000 – São Domingos do Capim/PA no horário de funcionamento do setor – Segunda a Sexta – Feira de 08:00 às 13:00 h.**
- 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

Prefeitura Municipal 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 impreritavelmente.

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

Prefeitura Municipal 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

9.1 As despesas oriundas do presente contrato correrão por conta da dotação orçamentária exercício 2021 atividade 10.302.0008 2.083 Manutenção do Hospital Municipal, classificação econômica 33.90.30.00 Material de consumo, subelemento 33.90.30.09 no valor de R\$...

10- DAS SANÇÕES APLICÁVEIS AO LICITANTE

10.1 – 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:

10.1.1 – Advertência;

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

Sexta Rua, s/n, ALTOS SUPERMERCADO MARCOS - CENTRO

CEP. 68635-000 – São Domingos do Capim – Pará

E-mail: secsaudecdc@gmail.com





ESTADO DO PARÁ

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

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

10.1.3 – 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;

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

10.2 – 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;

10.3 – 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.

10.4 – 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

Prefeitura Municipal 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.
✓1	ÁCIDO ASCÓRBICO 100MG/ML (VITAMINA C) SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 5ML	9.000
✓2	ÁCIDO TRANEXÂMICO 50MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 5ML	2.500
✓3	ADRENALINA/EPINEFRINA 1MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 1ML	1.000
✓4	AMBROXOL (CLORIDRATO) 30MG/ML XAROPE	FRASCO 120ML	1.600
✓5	AMBROXOL (CLORIDRATO) 15MG/ML XAROPE	FRASCO 120ML	1.600
✓6	AMINOFILINA 24MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10ML	800
✓7	AMIODARONA 50MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 3ML	300
✓8	AMPICILINA SÓDICA 1000MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO-AMPOLA 10ML	600
✓9	AMPICILINA SÓDICA 500MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO-AMPOLA 10ML	300
✓10	ATENOLOL 25MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	6.000
✓11	ATROPINA (SULFATO) 0,25MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 1ML	2.000
✓12	BICARBONATO DE SÓDIO 1 MEQ/ML (8,4%) SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA	600
✓13	BROMOPRIDA 4MG/ML SOLUÇÃO ORAL	FRASCO 20ML	500
✓14	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 20MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 1ML	5.000
✓15	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 4MG/ML + DAPIRONA SÓDICA 500MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 5ML	30.000
✓16	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 6,67MG/ML +DIPIRONA SÓDICA 334,60MG/ML SOLUÇÃO ORAL	FRASCO 20ML	1.200
✓17	CEFALOTINA SÓDICA 1000 MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO-AMPOLA 5ML	4.000
✓18	CEFTRIAXONA DISSÓDICA 1G PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO-AMPOLA 10ML	7.000
✓19	CETOPROFENO 50MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	8.000
✓20	CIANOCOBALAMINA 1.000 MCG+CLORODRATO DE PIRIDOXINA 50MG+NITRATO DE TIAMINA 50MG+DICLOFENACO SÓDICO 50MG COMPRIMIDO - PADRÃO ALGINAC®	COMPRIMIDO	2.000
✓21	CILOSTAZOL 100MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	1.200
✓22	CILOSTAZOL 50MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	1.200
✓23	CIMETIDINA 150MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	12.000
✓24	CLORANFENICOL (SUCCINATO SÓDICO) 1000MG SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO-AMPOLA 5ML OU 10ML	750
✓25	CLORETO DE POTÁSSIO 2,56 mEq/mL (19,1%) SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10ML	1.000
✓26	CLORETO DE SÓDIO 0,9% S/F SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO SISTEMA FECHADO 250ML	2.500
✓27	CLORETO DE SÓDIO 0,9% S/F SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO SISTEMA	30.000

Sexta Rua, s/n, ALTOS SUPERMERCADO MARCOS - CENTRO

CEP. 68635-000 – São Domingos do Capim – Pará

E-mail: secsaudesdc@gmail.com





ESTADO DO PARÁ

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

		FECHADO 500ML	
28 ✓	CLORETO DE SÓDIO 0,9% S/F SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO SISTEMA FECHADO 100ML	2.000
✓29	CLORETO DE SÓDIO 100MG/ML (10%) SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10ML	3.000
✓30	CLORIDRATO DE CICLOBENZAPRINA 10MG COMPRIMIDO - PADRÃO MIOSAN®	COMPRIMIDO	720
✓31	CLORIDRATO DE CICLOBENZAPRINA 5MG COMPRIMIDO - PADRÃO MIOSAN®	COMPRIMIDO	1.200
✓32	CLORIDRATO DE HIDRALAZINA 20MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 1ML	700
✓33	CLORIDRATO DE ISOXSUPRINA 10MG/2ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	500
34 ✓	CLORODRATO DE METOCLOPRAMIDA 7MG+SIMETICONA 40MG+PEPSINA 50MG CÁPSULA GELATINOSAS DURAS COM MICROGRANULOS - PADRÃO DIGEPLUS®	CÁPSULA	1.500
✓35	COLAGENASE 0,6 U/G + CLORANFENICOL 0,01G/G POMADA DERMATOLÓGICA	BISNAGA 30G	1.000
✓36	COMPLEXO B (POLIVITAMÍNICO) SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	4.000
✓37	CURATIVO EM BASE HIDROCOLOIDE 10 CM X 10 CM	UNIDADE	700
✓38	CURATIVO EM BASE HIDROGEL COM ALGINATO DE CÁLCIO/SÓDIO - PADRÃO SAF-GEL®	BISNAGA 85G	800
39 ✓	DESLANOSÍDEO 0,2MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	700
40 ✓	DICLOFENACO SÓDICO 25MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 3ML	30.000
41 ✓	DICLOFENACO SÓDICO 50MG+PARACETAMOL 300MG+CARISOPRODOL 125MG+CAFEINA 30MG COMPRIMIDO - TANDRILAX/MIOLEX A®	COMPRIMIDO	1.200
42 ✓	DIMENIDRINATO 50MG/ML +CLORIDRATO DE PIRIDOXINA50MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 1ML	8.000
43 ✓	DIOSMINA 450MG+HESPERIDINA 50MG COMPRIMIDO - DIOSMIN/DAFLON®	COMPRIMIDO	900
✓44	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	30.000
45 ✓	ETILEFRINA (CLORIDRATO) 10MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 1ML	800
46 ✓	FENOTEROL (BROMIDRATO) 5MG/ML SOLUÇÃO INALATÓRIA	FRASCO 20ML	800
47 ✓	FOSFATO DISSÓDICO DE DEXAMETASONA 4MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2,5ML	30.000
✓48	FUROSEMIDA 10MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	8.000
✓49	GENTAMICINA (SULFATO) 20MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 1ML	1.000
✓50	GENTAMICINA (SULFATO) 40MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	2.000
51 ✓	GENTAMICINA (SULFATO) 80MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	2.000
✓52	GLICONATO DE CÁLCIO 100MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10ML	3.000
✓53	GLICOSE 25% SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10ML	10.000
54 ✓	GLICOSE+CLORETO DE SÓDIO (50MG+9MG) /ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO SISTEMA FECHADO 500ML	3.500
✓55	IMUNOGLOBULINA ANTI-Rh (d) HUMANA 300 mcg/2ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	50
✓56	MALEATO DE METILERGOMETRINA 0,125 MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	7.000
57 ✓	MALEATO DE METILERGOMETRINA 0,2MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 1ML	1.000
✓58	MANITOL 200MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO 250ML	700
✓59	MENBENDAZOL 100MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	6.000

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





ESTADO DO PARÁ

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

✓60	MENBENDAZOL 20MG/ML SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 30ML	2.000
✓61	METILDOPA 500MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	10.000
62 ✓	METRONIDAZOL 5MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO SISTEMA FECHADO 100ML	4.000
✓63	NIFEDIPINO 10MG COMPRIMIDO SUBLINGUAL	COMPRIMIDO	12.000
✓64	NIFEDIPINO 20MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	40.000
✓65	NIMESULIDA 100MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	3.000
✓66	NIMESULIDA 50MG/ML SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 15ML	600
✓67	NITRATO DE PRATA 10MG/ML (10%) SOLUÇÃO OFTÁLMICA	FRASCO 3ML	300
✓68	NITROFURAL/NITROFURAZONA 2MG/G (2%) POMADA DERMATOLÓGICA	POTE 500G	1.000
✓69	OCITOCINA 5UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 1ML	600
70	OXACILINA SÓDICA 500MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO AMPOLA	2.000
✓71	RANITIDINA (CLORIDRATO) 25MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	5.000
✓72	SALFATO DE SALBUTAMOL 0,4MG/ML XAROPE	FRASCO 120ML	1.200
✓73	SECNIDAZOL 1000MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	10.000
✓74	SECNIDAZOL 450MG SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 15ML	3.000
✓75	SIMETICONA 40MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	30.000
✓76	SIMETICONA 75MG/ML EMULSÃO ORAL	FRASCO 15ML	9.000
✓77	SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO SIST FECHADO 500ML	3.500
✓78	SULFATO DE AMICACINA 100MG/2ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	3.000
✓79	SULFATO DE AMICACINA 500MG/2ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	3.000
✓80	SULFATO DE NEOMICINA+BACITRACINA ZINCICA 5MG/G+250 UI POMADA DERMATOLÓGICA	BISNAGA 10G	25.000
✓81	VALSARTANA 160MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	1.200
✓82	VALSARTANA 160MG+HIDROCLOROTIAZIDA 25MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	900
✓83	VALSARTANA 320MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	1.200
✓84	VALSARTANA 320MG+HIDROCLOROTIAZIDA 25MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	900
✓85	VALSARTANA 80MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	1.200
✓86	VALSARTANA 80MG+HIDROCLOROTIAZIDA 12,5MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	900
✓87	VITAMINA K (FITOMENADIONA) 10MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 1ML	1.000


SERGIO ROMERO DE A. OLIVEIRA
Secretário Municipal de Saúde - SDC/PA