



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 138/2021

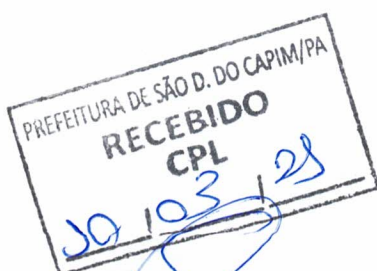
São Domingos do Capim/PA, 09 Março de 2021.

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 DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PARA SUPRIMENTO DOS SERVIÇOS MUNICIPAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DA REDE PÚBLICA MUNICIPAL E SAÚDE, para período de 12 meses. Certa de vossa colaboração e entendimento agradeço.

Cordialmente,



Sergio Romero de A. Oliveira
SERGIO 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 DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PARA SUPRIMENTO DOS SERVIÇOS MUNICIPAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DA REDE PÚBLICA MUNICIPAL E 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 os usuários das Estratégias de Saúde da Família 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;

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

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 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 impreterivelmente.

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;

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

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 2021 atividade 10.303.0008 2.062 - Gestão do Programa de Assistência Farmacêutica Básica, 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;

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

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 DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	ACETATO DE HIDROCORTISONA 10MG/G (1%) CREME DERMATOLOGICO	BISNAGA 20G	500
2	ACICLOVIR 200MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	8.000
3	ACICLOVIR 50MG/G (5%)	BISNAGA 10G	1.000
4	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	200.000
5	ÁCIDO FÓLICO 0,2MG/ML SOLUÇÃO ORAL	FRASCO 30ML	700
6	ÁCIDO FÓLICO 5MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	120.000
7	ÁGUA PARA INJETÁVEIS SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10ML	20.000
8	ÁGUA PARA INJETÁVEIS SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO SISTEMA FECHADO 1000ML	600
9	ALBENDAZOL 400 MG COMPRIMIDO MASTIGÁVEL	COMPRIMIDO	35.000
10	ALBENDAZOL 40MG/ML PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 10ML	10.000
11	AMOXICILINA 500MG +CLAVULANATO DE POTÁSSIO 125MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	5.000
12	AMOXICILINA 500MG CÁPULA GELATINOSA DURA	CÁPSULA	800.000
13	AMOXICILINA 50MG/ML + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 12,5MG/ML PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 75ML	400
14	AMOXICILINA 50MG/ML PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 150ML	10.000
15	ANLÓDIPINO (BESILATO) 10MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	25.000
16	ANLÓDIPINO (BESILATO) 5MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	30.000
17	ATENOLOL 100MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	15.000
18	ATENOLOL 50MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	30.000
19	AZITROMICINA 40MG/ML PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 15ML	8.000
20	AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	100.000
21	BENZILPENICILINA BENZATINA 1200.000UI PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL	FRASCO - AMPOLA	800
22	BENZILPENICILINA BENZATINA 600.000UI PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL	FRASCO - AMPOLA	400
23	BENZILPENICILINA POTÁSSICA 5.000.000 UI PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO-AMPOLA	200
24	CAPTÓPRIL 25MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	300.000
25	CARBONATO DE CÁLCIO + COLECALCIFEROL COMPRIMIDO 500 MG + 400 UI	COMPRIMIDO	18.000
26	CARVÃO ATIVADO PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	EMBALAGEM 500G	100
27	CARVEDIDOL 12MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	6.000
28	CARVEDIDOL 25MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	9.000
29	CARVEDILOL 3,125MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	9.000
30	CARVEDILOL 6,25MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	6.000
31	CEFALEXINA SÓDICA OU CLORIDRATO CEFALEXINA 500MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	500.000
32	CEFALEXINA SÓDICA OU CLORIDRATO DE CEFALEXINA 50MG/ML PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 100ML	8.000

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

33	CEFTRIAXONA SÓDICA 1G PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA	700
34	CEFTRIAXONA SÓDICA 500MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA	250
35	CEFTRIAXONA SÓDICA 250MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA	100
36	CETOCONAZOL 20MG/G (2%) XAMPU	FRASCO 200ML	700
37	CLARITROMICINA 250MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	20.000
38	CLARITROMICINA 500MG CÁPSULA	CÁPSULA	15.000
39	CLARITROMICINA 50MG/ML PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 60ML	600
40	CLORETO DE POTÁSSIO 2,5 mEq/ML (19,1%) SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA	2.000
41	CLORETO DE SÓDIO 3,4 mEq/mL (20%) SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10ML	3.000
42	CLORETO DE SÓDIO, GLICOSE ANIDRA, CLORETO DE POTÁSSIO, CITRATO DE SÓDIO DI-HIDRATADO (SAIS PARA REHIDRATAÇÃO ORAL PÓ PARA SOLUÇÃO ORAL)	ENVELOPE 27,9G	10.000
43	CLORIDRATO DE AMIODARONA 200MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	3.000
44	CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO 500MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	200.000
45	CLORIDRATO DE CLINDAMICINA 150MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	20.000
46	CLORIDRATO DE DOBUTAMINA 12,5 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 20ML	500
47	CLORIDRATO DE DOPAMINA 5MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10ML	500
48	CLORIDRATO DE HIDRALAZINA 25MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	5.000
49	CLORIDRATO DE HIDRALAZINA 50MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	5.000
50	CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA 20MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO 20ML	2.000
51	LIDOCAÍNA (CLORIDRATO 20MG/G (2%) GEL TÓPICO	BISNAGA 30G	1.600
52	CLORIDRATO LIDOCAÍNA 100MG/ML SOLUÇÃO SPRAY	FRASCO 50ML	150
53	CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA 4MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	30.000
54	CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA 4MG/ML SOLUÇÃO ORAL	FRASCO 10ML	5.000
55	CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA 5MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 2ML	15.000
56	CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 1ML	8.000
57	CLORIDRATO DE TETRACILINA 10MG/G (1%) POMADA OFTÁLMICA	BISNAGA 3,5G	1.000
58	DEXAMETASONA 0,1MG/ML ELIXIR	FRASCO 120ML	6.000
59	DEXAMETASONA 1MG/G (0,1%) CREME DERMATOLÓGICO	BISNAGA 10G	30.000
60	DEXAMETASONA 1MG/mL SUSPENSÃO OFTÁLMICA	FRASCO 5ML	500
61	DEXAMETASONA 4MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	25.000
62	DEXCLORFENIRAMINA (MALEATO) 0,4MG/ML SOLUÇÃO ORAL	FRASCO 120ML	6.000
63	DEXCLORFENIRAMINA (MALEATO) 2MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	12.000
64	DIGLUCONATO DE CLOREXIDINA 0,12% ENXAGUATORIO BUCAL	FRASCO 250	500
65	DIGLUCONATO DE CLOREXIDINA 2% SOLUÇÃO TOPICA	FRASCO 1L	500
66	DIGOXINA 0,05MG/ML ELIXIR ORAL	FRASCO 60ML	500
67	DIGOXINA 0,25MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	8.000
68	DINITRATO DE ISOSSORBIDA MG COMPRIMIDO SUBLINGUAL	COMPRIMIDO	9.000
69	DIPIRONA 500MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	400.000
70	DIPIRONA 500MG/ML SOLUÇÃO ORAL	FRASCO 10ML	14.000

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





ESTADO DO PARÁ

Prefeitura Municipal de São Domingos do Capim

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

71	ENALAPRIL (MALEATO) 10MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	30.000
72	ENALAPRIL (MALEATO) 20MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	30.000
73	ENALAPRIL (MALEATO) 5MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	15.000
74	ERITROMICINA (ESTOLATO) 500MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	15.000
75	ERITROMICINA (ESTOLATO) 250MG/5ML SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 100ML	1.000
76	ESPIRONOLACTONA 100MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	6.000
77	ESPIRONOLACTONA 25MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	6.000
78	FLUCONAZOL 150MG CÁPSULA GELATINOSA DURA	CÁPSULA	80.000
79	FOLINATO DE CÁLCIO (ÁCIDO FOLÍNICO) 15MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	3.000
80	FUROSEMIDA 40MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	100.000
81	GENTAMICINA (SULFATO) 5MG/ML COLÍRIO	FRASCO 5ML	300
82	GLIBENCLAMIDA 5MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	400.000
83	GLICEROL 120MG/ml SOLUÇÃO RETAL	FRASCO 500ML	700
84	GLICLAZIDA 30MG COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	COMPRIMIDO	6.000
85	GLICLAZIDA 60MG COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	COMPRIMIDO	6.000
86	GLICOSE 500MG/ML (50%) SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10ML	10.000
87	GLICOSE 50MG/ML (5%) SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO SISTEMA FECHADO 500ML	20.000
88	GLICOSE 50MG/ML (5%) SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO SISTEMA FECHADO 250ML	5.000
89	GUACO (MICANIA GLOMERATA SPRENG.) XAROPE	FRASCO 100ML	7.000
90	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	500.000
91	HIDROXIDO DE ALUMÍNIO 61,5MG/ML SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 100ML	6.000
92	IBUPROFENO 200MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	100.000
93	IBUPROFENO 300MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	400.000
94	IBUPROFENO 50 MG/ML SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 30ML	13.000
95	IBUPROFENO 600MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	150.000
96	IPRATRÓPIO, BROMETO DE, 0,25MG/ML SOLUÇÃO INALATÓRIA	FRASCO 20ML	800
97	ITRACONAZOL 100MG CÁPSULA	CÁPSULA	6.000
98	IVERMECTINA 6MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	30.000
99	LACTULOSE 667MG/ML XAROPE	FRASCO 120ML	2.500
100	LEVODOPA + BENZERAZIDA 100M/25MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	3.000
101	LEVODOPA + CARBIDOPA 200MG/50MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	3.000
102	LEVODOPA + CARBIDOPA 250MG/50MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	5.000
103	LORATADINA 10MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	30.000
104	LORATADINA 1MG/ML XAROPE	FRASCO 100ML	2.000
105	LOSARTANA POTÁSSICA 50MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	700.000
106	METFORMINA (CLORIDRATO) 500MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	150.000
107	METFORMINA (CLORIDRATO) 850MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	300.000
108	METILDOPA 250MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	70.000
109	METRONIDAZOL (BENZOIL) 40MG/ML SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 100ML	15.000
110	METRONIDAZOL 100MG/G (10%) GELEIA VAGINAL	BISNAGA 50G + APLICADOR	4.000
111	METRONIDAZOL 250MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	200.000
112	MICONAZOL (NITRATO) 20MG/G (2%) CREME VAGINAL	BISNAGA 80G+ APLICADOR	4.000
113	MICONAZOL, NITRATO DE, 20MG/G (2%) CREME DERMATOLÓGICO	BISNAGA 28G	8.000

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

114	MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 20MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	9.000
115	MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 40MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	9.000
116	NIFEDIPINO 10MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO OU CÁPSULA	30.000
117	NISTATINA 100.000UI/ML SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 50ML + CONTAG	3.000
118	NITROFURANTOÍNA 100MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	11.200
119	ÓLEO MINERAL	FRASCO 100ML	1.000
120	OMEPRAZOL 10 MG CAPSULA COM GRÂNULOS GASTRO RESISTENTES. AS CAPSULAS DEVEM ESTAR ACONDICIONADAS EM BLITER PLASTICO COM LACRAMENTO EM ALUMINIO.	CÁPSULA	20.000
121	OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA COM GRÂNULOS GASTRO RESISTENTES. AS CAPSULAS DEVEM ESTAR ACONDICIONADAS EM BLITER PLASTICO COM LACRAMENTO EM ALUMINIO.	CÁPSULA	80.000
122	OMEPRAZOL 40 MG CAPSULA COM GRÂNULOS GASTRO RESISTENTES. AS CAPSULAS DEVEM ESTAR ACONDICIONADAS EM BLITER PLASTICO COM LACRAMENTO EM ALUMINIO.	CÁPSULA	20.000
123	PARACETAMOL 200MG/ML SOLUÇÃO ORAL	FRASCO 15ML	25.000
124	PARACETAMOL 500MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	600.000
125	PASTA D'AGUA (FN)	FRASCO 130- 140G	2.500
126	PERMETRINA 50MG/G (5%) LOÇÃO TÓPICA	FRASCO 60ML	1.500
127	PREDNISOLONA (FOSFATO DISSÓDICO) 1MG/ML SOLUÇÃO ORAL	FRASCO 100ML	500
128	PREDNISOLONA 3MG/ML SOLUÇÃO ORAL	FRASCO 100ML	700
129	PREDNISONA 20MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	30.000
130	PREDNISONA 5MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	20.000
131	PROMETAZINA (CLORIDRATO) 25MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	150.000
132	PROPRANOLOL (CLORIDRATO) 10MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	20.000
133	PROPRANOLOL (CLORIDRATO) 40MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	60.000
134	RANITIDINA (CLORIDRATO) 150MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	150.000
135	SALBUTAMOL (SULFATO) 100MCG/DOSE AEROSSOL	FRASCO 200 DOSES	200
136	SINAVASTATINA 10 MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	15.000
137	SINAVASTATINA 20 MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	200.000
138	SINAVASTATINA 40 MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	15.000
139	SOLUCAO RINGER + LACTATO (LACTATO DE SODIO 3 MG/ML +CLORETO DE SODIO 6 MG/ML +CLORETO DE POTASSIO 0,3 MG/ML + CLORETO DE CÁLCIO 0,2 MG/ML) SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO SISTEMA FECHADO 500ML	2.000
140	SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA 100MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO AMPOLA	2.500
141	SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA 500MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	FRASCO AMPOLA	3.500
142	SULFADIAZINA DE PRATA 10MG/G (1%) CREME DERMATOLÓGICO	BISNAGA 30G	3.000
143	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA (40MG + 8MG) /ML SUSPENSÃO ORAL	FRASCO 100ML	10.000
144	SULFAMETOXAZOL 400MG + TRIMETOPRIMA 80MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	200.000
145	SULFATO DE MAGNÉSIO 10% (0,81 MEQ/ML MG++) SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10ML	1.000

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



ESTADO DO PARÁ

Prefeitura Municipal de São Domingos do Capim

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

146	SULFATO DE MAGNÉSIO 50% (4,05 MEQ/ML MG++) SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10ML	1.000
147	SULFATO FERROSO 25MG/ML SOLUÇÃO ORAL	FRASCO 30ML	2.000
148	SULFATO FERROSO 40MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	200.000
149	SULFATO FERROSO 5MG/ML XAROPE	FRASCO 100ML	3.000
150	TECLOZANA 500MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO	4.200


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

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

