

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
 CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 000003/2026- 10/02/2026 - PROCESSO Nº 000005/2026


DESCRICAÇÃO DO OBJETO: REGISTRO DE PREÇOS PARA FUTURAS E EVENTUAIS AQUISIÇÕES DE MEDICAMENTOS PARA ATENDER AS DEMANDAS DE DIVERSAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO.

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL	
00001	00000649	<p>LOTE: COMPLEXO B INJETAVEL - COMPLEXO B INJETAVEL DESCRIÇÃO TÉCNICA – COMPLEXO B INJETÁVEL (AMPOLA 2 ML)</p> <p style="text-align: center; color: red; font-size: 2em; font-weight: bold;">NÃO É NOSSO ✓</p> <p>NOME DO PRODUTO: COMPLEXO B SOLUÇÃO INJETÁVEL APRESENTAÇÃO: AMPOLA ESTÉRIL COM 2 ML</p> <p>COMPOSIÇÃO POR AMPOLA (2 ML)</p> <p>CADA AMPOLA DEVE CONTER:</p> <p>CLORIDRATO DE TIAMINA (VITAMINA B1): 8 MG</p> <p>RIBOFLAVINA-5-FOSFATO (VITAMINA B2): 2 MG</p> <p>CLORIDRATO DE PIRIDOXINA (VITAMINA B6): 4 MG</p> <p>D-PANTENOL (VITAMINA B5): 6 MG</p> <p>NICOTINAMIDA (VITAMINA B3): 40 MG</p> <p>VEÍCULO ESTÉRIL Q.S.P. 2 ML</p> <p>SOLUÇÃO LÍMPIDA, ESTÉRIL, APIROGÊNICA, DE USO PARENTERAL.</p> <p>VIAS DE ADMINISTRAÇÃO</p> <p>INTRAMUSCULAR (IM)</p> <p>INTRAVENOSA (IV), CONFORME DIRETRIZES E PRESCRIÇÃO MÉDICA.</p> <p>INDICAÇÕES DE USO</p> <p>INDICADO PARA:</p> <p>SUPLEMENTAÇÃO E REPOSIÇÃO DAS VITAMINAS DO COMPLEXO B.</p> <p>ESTADOS CARENCIAIS E DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS.</p>	NC SANTISA	AM	12000,000	1,350	16.200,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>SUPORTE METABÓLICO EM QUADROS CLÍNICOS QUE EXIJAM APORTE VITAMÍNICO PELA VIA PARENTERAL.</p> <p>USO HOSPITALAR, AMBULATORIAL E EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA</p> <p>CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS</p> <p>SOLUÇÃO ESTÉRIL E APIROGÊNICA, ISENTA DE PARTÍCULAS VISÍVEIS.</p> <p>AMPOLAS DE 2 ML EM VIDRO OU PLÁSTICO APROPRIADO PARA USO PARENTERAL.</p> <p>EMBALAGEM SECUNDÁRIA CONTENDO INSTRUÇÕES DE USO.</p> <p>PRODUTO DEVE POSSUIR REGISTRO ATIVO NA ANVISA COMO MEDICAMENTO INJETÁVEL.</p> <p>VALIDADE MÍNIMA DE 24 MESES A PARTIR DA DATA DA ENTREGA.</p> <p>RÓTULO LEGÍVEL CONTENDO: NOME DO PRODUTO, COMPOSIÇÃO, LOTE, VALIDADE, FABRICANTE E NÚMERO DE REGISTRO ANVISA.</p> <p>CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO</p> <p>CONSERVAR EM TEMPERATURA AMBIENTE (15 °C A 30 °C).</p> <p>PROTEGER DA UMIDADE E DA LUZ.</p>				
00002	00001481	<p>LOTE: PENICILINA 1.200000UI+DILUENTE - PENICILINA 1.200000UI+DILUENTE PENICILINA G BENZATINA 1.200.000 UI + DILUENTE – PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL</p> <p style="text-align: center; color: blue; font-size: 2em;">CZ</p>  <p>DESCRIÇÃO: MEDICAMENTO CONTENDO PENICILINA G BENZATINA 1.200.000 UI, APRESENTADO SOB A FORMA DE PÓ ESTÉRIL PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL, ACOMPANHADO DE DILUENTE PRÓPRIO, DESTINADO AO USO INTRAMUSCULAR PROFUNDO, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOTADA PELA REDE DE SAÚDE. O PRODUTO DEVERÁ POSSUIR REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, SER ACONDICIONADO EM FRASCO-AMPOLA CONTENDO O PÓ E AMPOLA OU FRASCO COM O DILUENTE, COM ROTULAGEM ADEQUADA, BULA OFICIAL E EMBALAGEM QUE ASSEGURE A INTEGRIDADE, ESTABILIDADE E RASTREABILIDADE DO MEDICAMENTO DURANTE O ARMAZENAMENTO, TRANSPORTE E USO.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA O TRATAMENTO DE INFECÇÕES CAUSADAS POR MICRORGANISMOS SENSÍVEIS À PENICILINA, INCLUINDO SÍFILIS, FEBRE REUMÁTICA (TRATAMENTO E PROFILAXIA), INFECÇÕES ESTREPTOCÓCICAS, AMIGDALITES, FARINGITES, ESCARLATINA E OUTRAS CONDIÇÕES CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS E A PADRONIZAÇÃO ANTERIOR ADOTADA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>VALIDADE: O MEDICAMENTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>EMBALAGEM E TRANSPORTE: O MEDICAMENTO DEVERÁ SER ACONDICIONADO EM EMBALAGEM PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA ADEQUADAS, QUE GARANTAM PROTEÇÃO CONTRA</p>	AM	10000,000	7,680	76.800,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>LUZ, UMIDADE, CONTAMINAÇÕES E DANOS FÍSICOS, PRESERVANDO SUA QUALIDADE E ESTABILIDADE. AS EMBALAGENS DEVERÃO ATENDER ÀS EXIGÊNCIAS DA FARMACOPEIA BRASILEIRA E ÀS NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES, CONTENDO IDENTIFICAÇÃO CLARA E LEGÍVEL DO PRODUTO, CONCENTRAÇÃO, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, PRAZO DE VALIDADE, VIA DE ADMINISTRAÇÃO E DEMAIS INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS.</p> <p>O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO EM CONFORMIDADE COM AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS E COM AS ORIENTAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA, ASSEGURANDO A MANUTENÇÃO DAS CONDIÇÕES ADEQUADAS DE CONSERVAÇÃO DURANTE TODO O TRAJETO, EVITANDO EXPOSIÇÃO A TEMPERATURAS INADEQUADAS, IMPACTOS OU QUAISQUER CONDIÇÕES QUE POSSAM COMPROMETER A INTEGRIDADE E A EFICÁCIA DO MEDICAMENTO.</p>				
00003	00001522	<p>LOTE: AGUA PARA INJECAO 10ML INJ - AGUA PARA INJECAO 10ML INJ DESCRIÇÃO DO PRODUTO – ÁGUA PARA INJEÇÃO 10 ML</p> <p style="text-align: center; color: red; font-size: 2em;">NF ✓</p> <p>(AMPOLA DE VIDRO)</p> <p>ÁGUA PARA INJEÇÃO, SOLUÇÃO ESTÉRIL, APIROGÊNICA E ESTÉRIL, DESTINADA À DILUIÇÃO E RECONSTITUIÇÃO DE MEDICAMENTOS INJETÁVEIS, APRESENTADA EM AMPOLA DE VIDRO INCOLOR DE 10 ML, DE DOSE ÚNICA.</p> <p>CARACTERÍSTICAS OBRIGATÓRIAS:</p> <p>VOLUME: 10 ML POR AMPOLA.</p> <p>EMBALAGEM PRIMÁRIA: AMPOLA DE VIDRO NEUTRO, ESTERILIZADA, SELADA E DE USO ÚNICO.</p> <p>PRODUTO INCOLOR, TRANSPARENTE, SEM PARTÍCULAS, PRECIPITADOS OU ALTERAÇÃO DE ASPECTO.</p> <p>DEVE SER ESTÉRIL E APIROGÊNICO, CONFORME PADRÕES FARMACOPEICOS VIGENTES.</p> <p>INDICAÇÃO: DILUENTE PARA USO PARENTERAL, CONFORME ORIENTAÇÃO DO FABRICANTE DO MEDICAMENTO A SER DILUÍDO.</p> <p>ROTULAGEM COMPLETA CONTENDO: NOME DO PRODUTO, NÚMERO DE LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, VALIDADE, MODO DE CONSERVAÇÃO, FABRICANTE E REGISTRO NA ANVISA.</p> <p>VALIDADE MÍNIMA DE 24 MESES NO MOMENTO DA ENTREGA.</p> <p>ACONDICIONAMENTO EM CAIXA COM PROTEÇÃO ADEQUADA CONTRA LUZ E CHOQUES, CONFORME NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES.</p> <p>DEVE ATENDER ÀS EXIGÊNCIAS DA FARMACOPEIA BRASILEIRA E LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA PARA SOLUÇÕES INJETÁVEIS E DILUENTES.</p> <p>USO RECOMENDADO: UNIDADES HOSPITALARES, PRONTO ATENDIMENTO, ENFERMAGEM E SETORES QUE MANIPULAM MEDICAMENTOS PARENTERAIS.</p> <p style="text-align: center; color: blue; font-size: 2em;">NC SAMTEC</p>	AM	600,000	0,390	234,00
00004	00001608	<p>LOTE: ATROPINA - ATROPINA DESCRIÇÃO DO PRODUTO – ATROPINA (SULFATO) 0,25 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL, AMPOLA 1 ML</p> <p style="text-align: center; color: red; font-size: 2em;">NF ✓</p>	AM	400,000	1,020	408,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL	
		<p>ATROPINA (SULFATO) 0,25 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL E APIROGÊNICA, DE USO HOSPITALAR, APRESENTADA EM AMPOLA DE 1 ML, DOSE ÚNICA.</p> <p>COMPOSIÇÃO:</p> <p style="text-align: center; font-size: 24px; color: blue;">NC FARMACE</p> <p>CADA ML DA SOLUÇÃO CONTÉM 0,25 MG DE SULFATO DE ATROPINA.</p> <p>VEÍCULO: SOLUÇÃO AQUOSA ESTÉRIL COM CONSERVANTES/EXCIPIENTES APROVADOS CONFORME NORMAS SANITÁRIAS.</p> <p>CARACTERÍSTICAS OBRIGATÓRIAS:</p> <p>APRESENTAÇÃO: AMPOLA DE VIDRO (INCOLOR OU ÂMBAR) DE 1 ML, SELADA E DE DOSE ÚNICA.</p> <p>VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAVENOSA (IV), INTRAMUSCULAR (IM) OU SUBCUTÂNEA (SC), CONFORME INDICAÇÃO DO FABRICANTE.</p> <p>SOLUÇÃO LÍMPIDA, INCOLOR, LIVRE DE PARTÍCULAS, PRECIPITADOS OU TURVAÇÃO.</p> <p>PRODUTO ESTÉRIL E APIROGÊNICO, EM CONFORMIDADE COM A FARMACOPEIA BRASILEIRA.</p> <p>EMBALAGEM E ROTULAGEM DEVEM CONTER:</p> <p>NOME DO MEDICAMENTO,</p> <p>CONCENTRAÇÃO E VOLUME,</p> <p>NÚMERO DE LOTE,</p> <p>DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE,</p> <p>NOME E ENDEREÇO DO FABRICANTE,</p> <p>INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS DE SEGURANÇA E CONSERVAÇÃO.</p> <p>EMBALAGEM SECUNDÁRIA COM BULA ATUALIZADA.</p> <p>VALIDADE MÍNIMA DE 24 MESES NO ATO DA ENTREGA.</p> <p>PRODUTO COM REGISTRO ATIVO NA ANVISA.</p> <p>ACONDICIONAMENTO EM CAIXA APROPRIADA, PROTEGIDA CONTRA LUZ E TEMPERATURA EXCESSIVA.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO PELA UNIDADE:</p> <p>TRATAMENTO DE BRADICARDIAS, REVERSÃO DE BLOQUEIOS VAGAIS, INTOXICAÇÃO POR ORGANOFOSFORADOS E USO EM SITUAÇÕES EMERGENCIAIS, CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS ESTABELECIDOS.</p>					
00005	00001613	<p>LOTE: CLORETO DE POTASSIO 19,1% - CLORETO DE POTASSIO 19,1%</p> <p>DESCRIÇÃO TÉCNICA –</p>	<p style="font-size: 24px; color: red;">NF ✓</p>	AM	600,000	0,530	318,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114


PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>CLORETO DE POTÁSSIO 19,1%</p> <p>191 MG/ML – 2,56 MEQ/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL AMPOLA 10 ML CLORETO DE POTÁSSIO 19,1%, SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL E APIROGÊNICA, CONTENDO 191 MG/ML, EQUIVALENTE A 2,56 MEQ/ML DE POTÁSSIO, ACONDICIONADA EM AMPOLAS DE 10 ML. INDICADO PARA CORREÇÃO DE DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS SOB SUPERVISÃO HOSPITALAR.</p> <p>CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS DO PRODUTO:</p> <p>APRESENTAÇÃO:</p> <p style="text-align: center; color: blue; font-size: 1.2em;">NC FARMACE</p> <p>SOLUÇÃO INJETÁVEL DE 19,1%, CONCENTRAÇÃO 191 MG/ML (2,56 MEQ/ML).</p> <p>AMPOLA DE 10 ML EM EMBALAGEM UNITÁRIA OU EM CAIXA CONFORME APRESENTAÇÃO COMERCIAL.</p> <p>SOLUÇÃO LÍMPIDA, INCOLOR E ISENTA DE PARTÍCULAS VISÍVEIS.</p> <p>INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:</p> <p>INDICADO PARA TRATAMENTO E PREVENÇÃO DA HIPOCALEMIA (REDUÇÃO DE POTÁSSIO SÉRICO).</p> <p>UTILIZADO NA MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO HIDROELETROLÍTICO EM PACIENTES HOSPITALIZADOS.</p> <p>DEVE SER DILUÍDO E ADMINISTRADO EXCLUSIVAMENTE POR VIA INTRAVENOSA CONFORME PROTOCOLOS INSTITUCIONAIS</p> <p>USO RESTRITO A AMBIENTES HOSPITALARES, COM MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA.</p> <p>COMPOSIÇÃO:</p> <p>CLORETO DE POTÁSSIO (KCL): 191 MG/ML – 2,56 MEQ/ML.</p> <p>EXCIPIENTES: ÁGUA PARA INJEÇÃO E AJUSTADORES DE PH QUANDO APLICÁVEL.</p> <p>REQUISITOS DE QUALIDADE:</p> <p>SOLUÇÃO ESTÉRIL E APIROGÊNICA, ATENDENDO ÀS ESPECIFICAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA.</p> <p>PRODUTO DEVE APRESENTAR ESTABILIDADE FÍSICO-QUÍMICA DURANTE TODO O PERÍODO DE VALIDADE.</p> <p>DE USO CONTROLADO E ROTULADO COM ADVERTÊNCIAS DE SEGURANÇA.</p> <p>EMBALAGEM E ROTULAGEM:</p> <p>ROTULAGEM CONTENDO: CONCENTRAÇÃO, MEQ/ML, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, VALIDADE, FABRICANTE, VIA DE ADMINISTRAÇÃO E ADVERTÊNCIAS OBRIGATÓRIAS.</p>				

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		INCLUIR INSTRUÇÕES CLARAS DE DILUIÇÃO E ADVERTÊNCIA: " USO EXCLUSIVAMENTE INTRAVENOSO APÓS DILUIÇÃO – RISCO DE MORTE SE ADMINISTRADO PURO. "				
		VALIDADE MÍNIMA AO RECEBER: 24 MESES. CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO: CONSERVAR EM TEMPERATURA AMBIENTE (15°C A 30°C), PROTEGIDO DA LUZ. REGULAMENTAÇÃO: PRODUTO DEVE POSSUIR REGISTRO ATIVO NA ANVISA, CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE PARA SOLUÇÕES INJETÁVEIS.				
00006	00001614	LOTE: COLIRIO ANESTESICO - COLIRIO ANESTESICO DESCRIÇÃO TÉCNICA – COLÍRIO ANESTÉSICO (CLORIDRATO DE PROXIMETACAÍNA 5 MG/ML)				
		NOME DO PRODUTO: COLÍRIO ANESTÉSICO OFTÁLMICO PRINCÍPIO ATIVO: CLORIDRATO DE PROXIMETACAÍNA 5 MG/ML APRESENTAÇÃO: FRASCO GOTEJADOR ESTÉRIL COM 5 ML OU 10 ML (CONFORME DISPONIBILIZAÇÃO DO FABRICANTE).				
		COMPOSIÇÃO CLORIDRATO DE PROXIMETACAÍNA 5 MG/ML				
		VEÍCULO ESTÉRIL APROPRIADO PARA SOLUÇÃO OFTÁLMICA CONSERVANTES COMPATÍVEIS SOLUÇÃO ESTÉRIL, LÍMPIDA, APIROGÊNICA E ISENTA DE PARTÍCULAS				
		INDICAÇÃO DE USO INDICADO PARA: ANESTESIA TÓPICA RÁPIDA DA Córnea e conjuntiva EXAMES DIAGNÓSTICOS OFTALMOLÓGICOS (TONOMETRIA, GONIOSCOPIA) PROCEDIMENTOS DE REMOÇÃO DE CORPOS ESTRANHOS				
						
			FR	20,000	10,940	218,80

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		PEQUENAS INTERVENÇÕES OFTÁLMICAS ONDE É NECESSÁRIA ANESTESIA TÓPICA USO EXCLUSIVO POR PROFISSIONAL HABILITADO NAS UNIDADES DE SAÚDE, HOSPITAIS, UBS, CLÍNICAS E PRONTO ATENDIMENTO. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS SOLUÇÃO ESTÉRIL E LIVRE DE PARTÍCULAS FRASCO GOTEJADOR ESTÉRIL COM TAMPA DE SEGURANÇA EMBALAGEM ÍNTEGRA E LACRADA DEVE POSSUIR REGISTRO ATIVO NA ANVISA RÓTULO CONTENDO: NOME, PRINCÍPIO ATIVO, CONCENTRAÇÃO, LOTE, VALIDADE, FABRICANTE, REGISTRO ANVISA E FORMA DE CONSERVAÇÃO PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO DE 24 MESES A CONTAR DA DATA DE ENTREGA CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO CONSERVAR ENTRE 15°C E 30°C, PROTEGIDO DA LUZ MANTER FRASCO FECHADO ATÉ O MOMENTO DO USO				
00007	00001621	LOTE: HIDROCORTISONA 500MG INJ. - HIDROCORTISONA 500MG INJ. DESCRIÇÃO PARA LICITAÇÃO – HIDROCORTISONA 500 MG – PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL DENOMINAÇÃO: HIDROCORTISONA – PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL APRESENTAÇÃO: FRASCO-AMPOLA CONTENDO 500 MG DE HIDROCORTISONA CONCENTRAÇÃO: 500 MG (APÓS RECONSTITUIÇÃO, CONFORME ORIENTAÇÃO DO FABRICANTE) FORMA FARMACÊUTICA: PÓ LIOFILIZADO ESTÉRIL PARA RECONSTITUIÇÃO, DESTINADO À ADMINISTRAÇÃO PARENTERAL. VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAVENOSA OU INTRAMUSCULAR, CONFORME PRESCRIÇÃO. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS: PRODUTO APRESENTADO EM FRASCO-AMPOLA CONTENDO 500 MG DE HIDROCORTISONA EM PÓ LIOFILIZADO, ESTÉRIL E DE FÁCIL RECONSTITUIÇÃO. DEVE RESULTAR EM SOLUÇÃO LÍMPIDA APÓS RECONSTITUIÇÃO, SEM PARTÍCULAS VISÍVEIS, TURVAÇÃO OU SEDIMENTOS. EMBALAGEM PRIMÁRIA CONTENDO ROTULAGEM COMPLETA: NOME DO PRODUTO, DOSE, VOLUME FINAL APÓS RECONSTITUIÇÃO, VIA DE ADMINISTRAÇÃO, LOTE, FABRICAÇÃO E VALIDADE. VALIDADE MÍNIMA DE 18 MESES A PARTIR DA ENTREGA. PRODUTO DEVE POSSUIR REGISTRO ATIVO NA ANVISA, ATENDENDO ÀS EXIGÊNCIAS DA FARMACOPEIA BRASILEIRA E NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES. ARMAZENAMENTO CONFORME INSTRUÇÕES DO FABRICANTE, EM TEMPERATURA AMBIENTE CONTROLADA OU REFRIGERAÇÃO SE INDICADO. INDICAÇÃO DE USO: TRATAMENTO DE REAÇÕES ANAFILÁTICAS E EMERGÊNCIAS ALÉRGICAS GRAVES;	FR	2500,000	5,600	14.000,00

NC BLAU

OK ✓

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL	
		<p>ESTADOS DE INSUFICIÊNCIA ADRENAL AGUDA; SITUAÇÕES DE CHOQUE, INFLAMAÇÕES GRAVES E OUTRAS CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE DEMANDAM TERAPIA COM CORTICOIDE DE AÇÃO RÁPIDA; USO HOSPITALAR EM EMERGÊNCIAS E TERAPIA INTENSIVA. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: ENTREGA EM EMBALAGENS ORIGINAIS DE FÁBRICA, LACRADAS, ÍNTEGRAS E SEM VIOLAÇÕES. PRODUTO DEVE SER DE RECENTE FABRICAÇÃO, COM INTEGRIDADE TOTAL DO PÓ E DO FRASCO. ENTREGA OBRIGATORIAMENTE EM LOTES UNIFORMES, COM TODAS AS UNIDADES PERTENCENDO AO MESMO LOTE E MESMA VALIDADE, SALVO IMPOSSIBILIDADE TÉCNICA DEVIDAMENTE JUSTIFICADA E AVALIADA PELA SECRETARIA. TRANSPORTE DEVE GARANTIR A ESTABILIDADE FÍSICO-QUÍMICA DO MEDICAMENTO, RESPEITANDO AS CONDIÇÕES INDICADAS PELO FABRICANTE. ENTREGA NO ENDEREÇO INDICADO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, DENTRO DO PRAZO CONTRATUAL. TODO O MATERIAL SERÁ CONFERIDO E PODERÁ SER REJEITADO EM CASO DE DIVERGÊNCIA DE LOTE, VALIDADE, ROTULAGEM, ASPECTO FÍSICO OU NÃO CONFORMIDADE TÉCNICA.</p>					
00008	00001624	<p>LOTE: GLICOSE 50% - GLICOSE 50% DESCRIÇÃO PARA LICITAÇÃO – SOLUÇÃO DE GLICOSE 50% – AMPOLA 10 ML DENOMINAÇÃO: SOLUÇÃO DE GLICOSE 50% – INJETÁVEL APRESENTAÇÃO: AMPOLA DE 10 ML CONCENTRAÇÃO: 50% (500 MG/ML) FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL, LÍMPIDA, INCOLOR, ESTÉRIL E APIROGÊNICA. VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAVENOSA. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS: SOLUÇÃO HIPERTÔNICA DE GLICOSE A 50%, TOTALMENTE LÍMPIDA, SEM PARTÍCULAS, SEDIMENTOS OU TURVAÇÃO. AMPOLAS INDIVIDUAIS DE 10 ML, CONFECCIONADAS EM MATERIAL ESTÉRIL E RESISTENTE, GARANTINDO INTEGRIDADE E ESTABILIDADE. EMBALAGEM PRIMÁRIA COM ROTULAGEM COMPLETA: NOME DO PRODUTO, CONCENTRAÇÃO, VOLUME, VIA DE ADMINISTRAÇÃO, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE. VALIDADE MÍNIMA DE 18 MESES A PARTIR DA DATA DE ENTREGA. PRODUTO COM REGISTRO ATIVO NA ANVISA, ATENDENDO ÀS EXIGÊNCIAS DA FARMACOPEIA BRASILEIRA E DEMAIS LEGISLAÇÕES SANITÁRIAS VIGENTES. ARMAZENAMENTO CONFORME ORIENTAÇÃO DO FABRICANTE, EM TEMPERATURA AMBIENTE CONTROLADA. INDICAÇÃO DE USO: TRATAMENTO EMERGENCIAL DE HIPOGLICEMIA GRAVE; FONTE CALÓRICA CONCENTRADA EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS; UTILIZADO EM EMERGÊNCIAS CLÍNICAS QUE REQUEREM ELEVAÇÃO RÁPIDA DA GLICEMIA. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: ENTREGA DEVE SER FEITA EM EMBALAGENS ORIGINAIS DE FÁBRICA, LACRADAS E ÍNTEGRAS. PRODUTO DEVE SER RECENTE FABRICAÇÃO, SEM SINAIS DE VIOLAÇÃO OU DANOS. LOTES ENTREGUES DEVEM SER HOMOGÊNEOS, SALVO INDISPONIBILIDADE DEVIDAMENTE JUSTIFICADA. O FORNECEDOR DEVERÁ GARANTIR TRANSPORTE ADEQUADO, PRESERVANDO CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO E INTEGRIDADE DO MEDICAMENTO ATÉ A ENTREGA. A ENTREGA DEVERÁ OCORRER NO ENDEREÇO INDICADO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, DENTRO DO PRAZO ESTABELECIDO NO PEDIDO OU CONTRATO. PRODUTO SUJEITO À CONFERÊNCIA, PODENDO SER REJEITADO CASO APRESENTE DIVERGÊNCIAS, AVARIAS OU NÃO CONFORMIDADES TÉCNICAS.</p>	<p style="font-size: 2em; color: blue;">NC SAMTEC</p> <p style="font-size: 2em; color: red;">OK ✓</p>	AM	3000,000	0,680	2.040,00
00009	00002361	<p>LOTE: ALCOOL 70% - ALCOOL 70% DESCRIÇÃO DO PRODUTO – ÁLCOOL ETÍLICO HIDRATADO 70% (1 LITRO)</p>	<p style="font-size: 2em; color: blue;">NC ✓</p>	LT	2000,000	7,700	15.400,00
		<p>ÁLCOOL ETÍLICO HIDRATADO A 70% (P/P OU P/V), DESTINADO À ANTISSEPSIA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES E ARTIGOS NÃO CRÍTICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR, APRESENTADO EM EMBALAGEM INDIVIDUAL DE 1 LITRO, RESISTENTE E SEGURA.</p>					

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>CARACTERÍSTICAS OBRIGATÓRIAS:</p> <p>CONCENTRAÇÃO: 70% (P/P OU P/V), CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE.</p> <p>COMPOSIÇÃO: ETANOL HIDRATADO 70% E ÁGUA PURIFICADA.</p> <p>FINALIDADE: DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES FIXAS, EQUIPAMENTOS, MOBILIÁRIO HOSPITALAR E ANTISSEPZIA GERAL EM SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>ESTADO FÍSICO: LÍQUIDO LÍMPIDO, INCOLOR E HOMOGÊNEO.</p> <p>EMBALAGEM:</p> <p>FRASCO PLÁSTICO RESISTENTE, DE 1 LITRO, COM TAMPA ROSQUEÁVEL OU FLIP-TOP.</p> <p>DEVE POSSUIR LACRE DE SEGURANÇA INTACTO.</p> <p>MATERIAL RESISTENTE A IMPACTO (PREFERENCIALMENTE PEAD).</p> <p>ROTULAGEM OBRIGATÓRIA CONTENDO:</p> <p>NOME DO PRODUTO,</p> <p>LOTE,</p> <p>DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE,</p> <p>COMPOSIÇÃO,</p> <p>FABRICANTE,</p> <p>MODO DE USO,</p> <p>CUIDADOS E ADVERTÊNCIAS,</p> <p>INFORMAÇÕES DE SEGURANÇA,</p> <p>NÚMERO DE REGISTRO/ISENÇÃO NA ANVISA.</p> <p>VALIDADE MÍNIMA DE 24 MESES NO ATO DA ENTREGA.</p> <p>PRODUTO DEVE ATENDER ÀS NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES PARA SANEANTES DESTINADOS AO USO HOSPITALAR.</p> <p>ACONDICIONADO EM CAIXAS RESISTENTES, PROTEGIDAS CONTRA CALOR E LUZ DIRETA.</p> <p>USO RECOMENDADO: UNIDADES HOSPITALARES, PRONTO ATENDIMENTO, SALAS DE CURATIVOS, ENFERMAGEM, CONSULTÓRIOS E AMBIENTES QUE EXIGEM HIGIENIZAÇÃO FREQUENTE.</p>				

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
00010	00002698	<p>LOTE: DIAZEPAN - DIAZEPAN DIAZEPAM 10 MG – SOLUÇÃO INJETÁVEL – AMPOLA 2 ML</p> <p style="text-align: center; font-size: 24px; color: blue;">NC SANTISA</p> <p style="text-align: center; font-size: 24px; color: red;">OK ✓</p> <p>MEDICAMENTO: DIAZEPAM.</p> <p>APRESENTAÇÃO: SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 10 MG DE DIAZEPAM EM 2 ML (EQUIVALENTE A 5 MG/ML).</p> <p>FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ESTÉRIL, LÍMPIDA E APIROGÊNICA, PRÓPRIA PARA USO PARENTERAL. VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAMUSCULAR (IM) OU INTRAVENOSA (IV).</p> <p>COMPOSIÇÃO POR AMPOLA (2 ML):</p> <p>DIAZEPAM 10 MG;</p> <p>VEÍCULO ESTÉRIL Q.S.P. 2 ML.</p> <p>CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS:</p> <p>EMBALAGEM: AMPOLA DE VIDRO TIPO APROPRIADO PARA SOLUÇÕES INJETÁVEIS, CONTENDO 2 ML.</p> <p>PRODUTO DE USO HOSPITALAR.</p> <p>DEVE ATENDER ÀS NORMAS DA FARMACOPEIA BRASILEIRA E LEGISLAÇÕES VIGENTES DA ANVISA.</p> <p>ESTABILIDADE GARANTIDA CONFORME ESPECIFICAÇÕES DO FABRICANTE.</p> <p>REGISTRO VÁLIDO NA ANVISA.</p> <p>ACONDICIONAMENTO ADEQUADO PARA TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO, PRESERVANDO A INTEGRIDADE, ESTERILIDADE E ESTABILIDADE DO PRODUTO.</p> <p>FINALIDADE: INDICADO PARA SITUAÇÕES QUE REQUEIRAM BENZODIAZEPÍNICO DE AÇÃO RÁPIDA, CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS.</p> <p>PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO NA ENTREGA:</p> <p>DEVE POSSUIR NO MÍNIMO 12 (DOZE) MESES DE VALIDADE REMANESCENTE A CONTAR DA DATA DE RECEBIMENTO, SALVO QUANDO LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA EXIGIR PRAZO MAIOR.</p> <p>CONSERVAÇÃO:</p> <p>ARMAZENAR CONFORME ORIENTAÇÕES DO FABRICANTE, PROTEGIDO DE LUZ E CALOR.</p>	AM	6000,000	1,150	6.900,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
00011	00002699	<p>LOTE: BROMOPRIDA 5MG - BROMOPRIDA 5MG</p> <p>DESCRIÇÃO DO PRODUTO</p> <p>- BROMOPRIDA 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL, AMPOLA 2 ML</p> <p>BROMOPRIDA 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL E APIROGÊNICA, UTILIZADA COMO AGENTE PRÓ-CINÉTICO E ANTIEMÉTICO EM AMBIENTE HOSPITALAR, APRESENTADA EM AMPOLA DE 2 ML, DOSE ÚNICA.</p> <p>COMPOSIÇÃO:</p> <p>CADA ML CONTÉM 5 MG DE BROMOPRIDA.</p> <p>CADA AMPOLA CONTÉM 10 MG DE BROMOPRIDA (2 ML).</p> <p>VEÍCULO: SOLUÇÃO AQUOSA ESTÉRIL COM EXCIPIENTES PERMITIDOS PELA LEGISLAÇÃO SANITÁRIA.</p> <p>CARACTERÍSTICAS OBRIGATÓRIAS:</p> <p>APRESENTAÇÃO: AMPOLA DE VIDRO (ÂMBAR OU INCOLOR), SELADA, CONTENDO 2 ML DE SOLUÇÃO.</p> <p>PRODUTO DEVE SER:</p> <p>LÍQUIDO LÍMPIDO,</p> <p>INCOLOR,</p> <p>ESTÉRIL,</p> <p>APIROGÊNICO,</p> <p>LIVRE DE PARTÍCULAS, PRECIPITADOS OU TURVAÇÃO.</p> <p>VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAVENOSA (IV) OU INTRAMUSCULAR (IM) CONFORME ORIENTAÇÃO DO FABRICANTE.</p> <p>EMBALAGEM PRIMÁRIA COM ROTULAGEM COMPLETA CONTENDO:</p> <p>NOME DO MEDICAMENTO,</p> <p>CONCENTRAÇÃO,</p> <p>VOLUME,</p> <p>LOTE,</p> <p>DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE,</p> <p>FABRICANTE/IMPORTADOR.</p>	AM	12000,000	1,540	18.480,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
 CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		EMBALAGEM SECUNDÁRIA COM BULA ATUALIZADA. VALIDADE MÍNIMA DE 24 MESES NO ATO DA ENTREGA . PRODUTO DEVE POSSUIR REGISTRO ATIVO NA ANVISA. ACONDICIONAMENTO SEGURO, PROTEGIDO DA LUZ E ARMAZENADO CONFORME RECOMENDAÇÕES DO FABRICANTE. INDICAÇÃO DE USO: TRATAMENTO DE NÁUSEAS, VÔMITOS E DISTÚRBIOS DA MOTILIDADE GASTROINTESTINAL EM PRONTO ATENDIMENTO, ENFERMARIA E SETORES AFINS.				
00012	00002700	LOTE: FUROSEMIDA AMP - FUROSEMIDA AMP DESCRIÇÃO TÉCNICA – FUROSEMIDA 10 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL MEDICAMENTO: FUROSEMIDA CONCENTRAÇÃO: 10 MG/ML APRESENTAÇÃO: AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA (EX.: 2 ML, 5 ML OU 10 ML, CONFORME FABRICANTE) FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAVENOSA OU INTRAMUSCULAR USO: ADULTO E PEDIÁTRICO TIPO: MEDICAMENTO DE USO HOSPITALAR INDICAÇÃO DO MEDICAMENTO: A FUROSEMIDA INJETÁVEL É INDICADA PARA: TRATAMENTO DE EDEMA ASSOCIADO À INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, INSUFICIÊNCIA RENAL OU HEPÁTICA; EDEMA AGUDO DE PULMÃO, COMO TERAPIA DE AÇÃO RÁPIDA; CRISES HIPERTENSIVAS, CONFORME PROTOCOLO CLÍNICO; SITUAÇÕES QUE NECESSITEM DE DIURESE INTENSA E IMEDIATA; PACIENTES IMPOSSIBILITADOS DE USO ORAL EM EMERGÊNCIAS. ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS EXIGIDAS: SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL CONTENDO 10 MG DE FUROSEMIDA POR ML. SOLUÇÃO LÍMPIDA, INCOLOR A LEVEMENTE AMARELADA, LIVRE DE PARTÍCULAS. EMBALAGEM PRIMÁRIA EM AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA DE VIDRO OU MATERIAL APROPRIADO, RESISTENTE, ESTÉRIL E DE FÁCIL MANUSEIO. PRODUTO TERMOESTÁVEL, COM INDICAÇÃO DE USO HOSPITALAR NO RÓTULO. REGISTRO ATIVO NA ANVISA. VALIDADE MÍNIMA DE 18 MESES NA DATA DE ENTREGA. ACOMPANHADO DE BULA ATUALIZADA, CONFORME FARMACOPEIA BRASILEIRA. RÓTULO CONTENDO OBRIGATORIAMENTE: NOME DO MEDICAMENTO, CONCENTRAÇÃO, VOLUME, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: EMBALAGEM SECUNDÁRIA ÍNTEGRA, SEM VIOLAÇÃO, AVARIAS OU SUJIDADES. PRODUTO DEVE ESTAR SEM TURVAÇÃO, PRECIPITAÇÃO, ALTERAÇÕES DE COR OU VAZAMENTOS. TRANSPORTE SEGUINDO BOAS PRÁTICAS DE DISTRIBUIÇÃO. ARMAZENAMENTO ADEQUADO, AO ABRIGO DA LUZ E EM TEMPERATURA AMBIENTE CONTROLADA.	AM	2000,000	1,000	2.000,00
00013	00003109	LOTE: BICARBONATO SODIO 8,4% - BICARBONATO SODIO 8,4% DESCRIÇÃO DO PRODUTO – BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% (AMPOLA 10 ML) BICARBONATO DE SÓDIO 8,4%, SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, INCOLOR E APIROGÊNICA, DESTINADA AO USO HOSPITALAR EM SITUAÇÕES DE	AM	400,000	1,020	408,00

OK ✓

NC SANTISA

NF ✓

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>EMERGÊNCIA E CORREÇÃO DE DISTÚRBIOS ÁCIDO-BASE, APRESENTADA EM AMPOLA DE 10 ML, DOSE ÚNICA</p> <p>CARACTERÍSTICAS OBRIGATÓRIAS:</p> <p>CONCENTRAÇÃO: 8,4% (1 MEQ/ML).</p> <p>VOLUME POR UNIDADE: 10 ML.</p> <p>PRODUTO DEVE SER:</p> <p>LÍQUIDO LÍMPIDO,</p> <p>INCOLOR,</p> <p>ESTÉRIL,</p> <p>APIROGÊNICO,</p> <p>LIVRE DE PARTÍCULAS, PRECIPITADOS OU TURVAÇÃO.</p> <p>EMBALAGEM PRIMÁRIA: AMPOLA DE VIDRO (INCOLOR OU ÂMBAR), SELADA E DE DOSE ÚNICA, ADEQUADA PARA SOLUÇÕES INJETÁVEIS.</p> <p>ROTULAGEM OBRIGATÓRIA CONTENDO: NOME DO MEDICAMENTO, CONCENTRAÇÃO, VOLUME, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, VALIDADE, FABRICANTE E ORIENTAÇÕES DE ARMAZENAMENTO.</p> <p>EMBALAGEM SECUNDÁRIA COM BULA ATUALIZADA.</p> <p>VALIDADE MÍNIMA DE 24 MESES NO ATO DA ENTREGA.</p> <p>PRODUTO DEVE POSSUIR REGISTRO ATIVO NA ANVISA.</p> <p>ARMAZENAMENTO CONFORME ORIENTAÇÃO DO FABRICANTE, PROTEGIDO DE CALOR EXCESSIVO.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO PELA UNIDADE:</p> <p>TRATAMENTO DE ACIDOSE METABÓLICA, PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (CONFORME DIRETRIZES), CHOQUE E OUTRAS EMERGÊNCIAS CLÍNICAS QUE NECESSITEM CORREÇÃO RÁPIDA DO PH.</p>				
00014	00003651	<p>LOTE: DIPIRONA AMPOLA 2 ML - DIPIRONA AMPOLA 2 ML</p> <p>DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL – AMPOLA 2 ML</p> <p>MEDICAMENTO: DIPIRONA SÓDICA</p> <p>APRESENTAÇÃO: SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 500 MG/ML, EM AMPOLA DE 2 ML</p> <p>(TOTAL POR AMPOLA: 1 G DE DIPIRONA)</p> <p>VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAMUSCULAR (IM) OU INTRAVENOSA (IV), CONFORME INDICAÇÃO DO FABRICANTE.</p> <p>CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS OBRIGATÓRIAS:</p> <p>PREFERÊNCIA PARA MEDICAMENTO GENÉRICO, CLARAMENTE IDENTIFICADO NA EMBALAGEM. PRODUTO DEVE POSSUIR REGISTRO ATIVO NA ANVISA.</p>	AM	25000,000	0,640	16.000,00



NC FARMACE

OK ✓

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114


PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL	
		<p>SOLUÇÃO ESTÉRIL, LÍMPIDA, APIROGÊNICA E ISENTA DE PARTÍCULAS. AMPOLA DE VIDRO DE 2 ML, DE USO ÚNICO. DEVE ATENDER ÀS NORMAS DA FARMACOPEIA BRASILEIRA E REGULAMENTAÇÕES VIGENTES.INDICAÇÕES GERAIS: ANALGÉSICO E ANTIPIRÉTICO PARA TRATAMENTO DE DORES AGUDAS E FEBRE. USO HOSPITALAR DE ROTINA EM PRONTO ATENDIMENTO E UNIDADES CLÍNICAS. PRAZO DE VALIDADE OBRIGATÓRIO NA ENTREGA: MÍNIMO DE 18 (DEZOITO) MESES DE VALIDADE REMANESCENTE A PARTIR DA DATA DE RECEBIMENTO. CONSERVAÇÃO:ARMAZENAR EM LOCAL PROTEGIDO DA LUZ E CALOR, CONFORME INSTRUÇÕES DO FABRICANTE. ROTULAGEM OBRIGATÓRIA:NOME DO MEDICAMENTO,PRINCÍPIO ATIVO E CONCENTRAÇÃO VIA DE ADMINISTRAÇÃO,LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE,NÚMERO DO REGISTRO NA ANVISA,DADOS DO FABRICANTE</p>					
00015	00004072	<p>LOTE: FITOMENADIONA AMPOLA - FITOMENADIONA AMPOLA DESCRIÇÃO TÉCNICA – FITOMENADIONA (VITAMINA K1) – SOLUÇÃO INJETÁVEL</p> <p>MEDICAMENTO: FITOMENADIONA (VITAMINA K1) CONCENTRAÇÃO: CONFORME APRESENTAÇÃO DO FABRICANTE (10 MG/ML) VOLUME DA UNIDADE: AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA (EX.: 1 ML, 2 ML OU 5 ML) FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAMUSCULAR OU INTRAVENOSA LENTA USO: ADULTO E PEDIÁTRICO (INCLUI USO NEONATAL CONFORME PROTOCOLO) TIPO: MEDICAMENTO DE USO HOSPITALAR INDICAÇÃO DO MEDICAMENTO: A FITOMENADIONA INJETÁVEL É INDICADA PARA: TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE HEMORRAGIAS ASSOCIADAS À DEFICIÊNCIA DE VITAMINA K; REVERSÃO DOS EFEITOS DE ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS (EX.: VARFARINA) EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA; PROFILAXIA E TRATAMENTO DA DOENÇA HEMORRÁGICA DO RECÉM-NASCIDO (DHRN); SITUAÇÕES QUE EXIJAM RESTAURAÇÃO RÁPIDA DA ATIVIDADE DOS FATORES DE COAGULAÇÃO DEPENDENTES DE VITAMINA K.</p> <p>ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS EXIGIDAS: SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL CONTENDO FITOMENADIONA NA CONCENTRAÇÃO INFORMADA PELO FABRICANTE. SOLUÇÃO LÍMPIDA, AMARELADA CARACTERÍSTICA, LIVRE DE PARTÍCULAS E PRECIPITADOS. EMBALAGEM PRIMÁRIA EM AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA DE VIDRO OU MATERIAL APROPRIADO, RESISTENTE E SEGURO. PRODUTO TERMOESTÁVEL, COM IDENTIFICAÇÃO DE USO HOSPITALAR NO RÓTULO. REGISTRO ATIVO NA ANVISA. VALIDADE MÍNIMA DE 18 MESES A PARTIR DA ENTREGA. ACOMPANHADO DE BULA ATUALIZADA, CONFORME FARMACOPEIA BRASILEIRA. RÓTULO CONTENDO: NOME DO MEDICAMENTO, CONCENTRAÇÃO, VOLUME, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, VALIDADE, E VIA DE ADMINISTRAÇÃO. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: EMBALAGEM SECUNDÁRIA ÍNTEGRA, SEM AVARIAS OU VIOLAÇÃO. PRODUTO ENTREGUE SEM SINAIS DE TURVAÇÃO, ALTERAÇÃO DE COR, VAZAMENTOS OU SUJIDADES. TRANSPORTE CONFORME BOAS PRÁTICAS DE DISTRIBUIÇÃO. ARMAZENAMENTO EM TEMPERATURA AMBIENTE CONTROLADA, PROTEGIDO DA LUZ.</p>	OK 	AM	1000,000	1,910	1.910,00
00016	00004090	<p>LOTE: SOLUCAO LUGOL TESTE SHILLER 2% - SOLUCAO LUGOL TESTE SHILLER 2% SOLUÇÃO DE LUGOL 2% – TESTE DE SCHILLER</p> <p>DESCRIÇÃO: SOLUÇÃO DE LUGOL A 2%, DESTINADA À REALIZAÇÃO DO TESTE DE SCHILLER, APRESENTADA SOB A FORMA DE SOLUÇÃO TÓPICA, LÍMPIDA, DE COLORAÇÃO CASTANHO-AMARELADA, COMPOSTA POR IODO E IODETO DE POTÁSSIO EM VEÍCULO AQUOSO, CONFORME FORMULAÇÃO CONSAGRADA. PRODUTO INDICADO PARA USO DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO, APLICADO TOPICAMENTE SOBRE O COLO UTERINO PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA.</p>	NT 	LT	10,000	116,890	1.168,90

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>O PRODUTO DEVERÁ POSSUIR REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, SER ACONDICIONADO EM FRASCO ADEQUADO, COM ROTULAGEM CLARA E BULA/INSTRUÇÕES DE USO, GARANTINDO ESTABILIDADE, QUALIDADE, SEGURANÇA E RASTREABILIDADE, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOTADA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA A REALIZAÇÃO DO TESTE DE SCHILLER, UTILIZADO COMO MÉTODO AUXILIAR NA AVALIAÇÃO DO COLO DO ÚTERO, PERMITINDO A IDENTIFICAÇÃO DE ÁREAS NÃO CORADAS, SUGESTIVAS DE ALTERAÇÕES EPITELIAIS, CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER.</p> <p>VALIDADE: O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>EMBALAGEM E TRANSPORTE: O PRODUTO DEVERÁ SER ACONDICIONADO EM EMBALAGEM PRIMÁRIA RESISTENTE, PREFERENCIALMENTE EM FRASCO ÂMBAR OU MATERIAL QUE PROTEJA DA LUZ, COM SISTEMA DE VEDAÇÃO ADEQUADO PARA EVITAR VAZAMENTOS E CONTAMINAÇÕES, E EMBALAGEM SECUNDÁRIA QUE ASSEGURE PROTEÇÃO CONTRA LUZ, UMIDADE E DANOS FÍSICOS.</p> <p>AS EMBALAGENS DEVERÃO ATENDER ÀS NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES, À FARMACOPEIA BRASILEIRA (EDIÇÃO VIGENTE) E ÀS EXIGÊNCIAS DA ANVISA, CONTENDO IDENTIFICAÇÃO CLARA DO PRODUTO, CONCENTRAÇÃO, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, PRAZO DE VALIDADE, FORMA E FINALIDADE DE USO.</p> <p>O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO EM CONFORMIDADE COM AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS PARA SAÚDE, MANTENDO CONDIÇÕES ADEQUADAS DE CONSERVAÇÃO E EVITANDO EXPOSIÇÃO A TEMPERATURAS EXTREMAS, LUZ EXCESSIVA OU IMPACTOS QUE POSSAM COMPROMETER A QUALIDADE, A ESTABILIDADE E A EFICÁCIA DA SOLUÇÃO.</p> <p>PRODUTO REGULARIZADO JUNTO À ANVISA, ATENDENDO ÀS EXIGÊNCIAS DA FARMACOPEIA BRASILEIRA (EDIÇÃO VIGENTE) E ÀS NORMAS SANITÁRIAS APLICÁVEIS, INCLUINDO A RDC Nº 658/2022, RDC Nº 67/2007, RDC Nº 45/2012 E/OU RDC Nº 751/2022, CONFORME A CLASSIFICAÇÃO SANITÁRIA DO PRODUTO, GARANTINDO QUALIDADE, SEGURANÇA, ESTABILIDADE E RASTREABILIDADE.</p>				
00017	00004513	<p>LOTE: SALBUTAMOL INJ. - SALBUTAMOL INJ. SULFATO DE SALBUTAMOL (EQUIVALENTE A SALBUTAMOL) – SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,5 MG/1 ML </p> <p>DESCRIÇÃO: MEDICAMENTO APRESENTADO SOB A FORMA DE SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, LÍMPIDA E INCOLOR, ACONDICIONADO EM AMPOLA DE 1 ML, DESTINADO AO USO INTRAVENOSO, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOTADA PELA REDE DE SAÚDE.</p> <p>CADA 1 ML DA SOLUÇÃO CONTÉM 0,5 MG (500 MCG) DE SALBUTAMOL, EQUIVALENTE A 0,6 MG (600 MCG) DE SULFATO DE SALBUTAMOL, EM VEÍCULO ISOTÔNICO ESTÉRIL Q.S.P. 1 ML.</p> <p>O PRODUTO DEVERÁ POSSUIR REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, COM ROTULAGEM ADEQUADA, BULA OFICIAL E EMBALAGEM QUE ASSEGURE A ESTERILIDADE, ESTABILIDADE, QUALIDADE E RASTREABILIDADE DURANTE O ARMAZENAMENTO, TRANSPORTE E USO, ATENDENDO ÀS ESPECIFICAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA (EDIÇÃO VIGENTE).</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA O TRATAMENTO DE BRONCOESPASMO GRAVE, CRISES AGUDAS DE ASMA, ESTADO DE MAL ASMÁTICO E OUTRAS SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE REQUEIRAM BRONCODILATAÇÃO RÁPIDA, ESPECIALMENTE QUANDO A VIA INALATÓRIA NÃO FOR EFICAZ OU ESTIVER INDISPONÍVEL, CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS E PADRONIZAÇÃO INSTITUCIONAL.</p> <p>VALIDADE: O MEDICAMENTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p>	AM	800,000	19,650	15.720,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114


PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>EMBALAGEM E TRANSPORTE: O MEDICAMENTO DEVERÁ SER ACONDICIONADO EM EMBALAGEM PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA ADEQUADAS, GARANTINDO PROTEÇÃO CONTRA LUZ, UMIDADE, CONTAMINAÇÕES E DANOS FÍSICOS, PRESERVANDO SUA QUALIDADE E ESTABILIDADE. AS EMBALAGENS DEVERÃO ATENDER ÀS EXIGÊNCIAS DA FARMACÓPEIA BRASILEIRA, DA RDC ANVISA Nº 658/2022 (BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO DE MEDICAMENTOS), DA RDC ANVISA Nº 45/2012 (ROTULAGEM DE MEDICAMENTOS), OU OUTRAS QUE VENHAM A SUBSTITUI-LAS, CONTENDO IDENTIFICAÇÃO CLARA E LEGÍVEL DO PRODUTO, PRINCÍPIO ATIVO, CONCENTRAÇÃO, VOLUME, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, PRAZO DE VALIDADE E VIA DE ADMINISTRAÇÃO.</p> <p>O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO EM CONFORMIDADE COM AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS, MANTENDO CONDIÇÕES ADEQUADAS DE CONSERVAÇÃO, EVITANDO EXPOSIÇÃO A TEMPERATURAS EXTREMAS, CONGELAMENTO, IMPACTOS OU QUAISQUER CONDIÇÕES QUE POSSAM COMPROMETER A SEGURANÇA, A EFICÁCIA E A INTEGRIDADE DO MEDICAMENTO.</p>				
00018	00004515	<p>LOTE: BROMETO DE IPRATROPIO 0,25MGML - BROMETO DE IPRATROPIO 0,25MGML DESCRIÇÃO DO PRODUTO - BROMETO DE IPRATÓPIO 0,25 MG/ML, SOLUÇÃO INALATÓRIA, FRASCO 20 ML</p> <p>BROMETO DE IPRATRÓPIO 0,25 MG/ML, SOLUÇÃO INALATÓRIA ESTÉRIL PARA USO POR NEBULIZAÇÃO, APRESENTADA EM FRASCO CONTA-GOTAS DE 20 ML, DESTINADA AO TRATAMENTO DE BRONCOESPASMOS E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS.</p> <p>COMPOSIÇÃO:</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;">NF ✓</p> <p>CADA ML CONTÉM 0,25 MG DE BROMETO DE IPRATRÓPIO.</p> <p>VEÍCULO: SOLUÇÃO AQUOSA ESTÉRIL, COM CONSERVANTES E ESTABILIZANTES PERMITIDOS CONFORME PADRÃO FARMACÊUTICO.</p> <p>CARACTERÍSTICAS OBRIGATÓRIAS:</p> <p>APRESENTAÇÃO: FRASCO DE 20 ML, PLÁSTICO OU VIDRO, COM TAMPA CONTA-GOTAS E LACRE DE SEGURANÇA.</p> <p>SOLUÇÃO:</p> <p>LÍMPIDA, INCOLOR, ESTÉRIL, APIROGÊNICA, LIVRE DE PARTÍCULAS OU TURVAÇÃO.</p> <p>INDICAÇÃO: USO POR NEBULIZAÇÃO EM PACIENTES COM ASMA, DPOC E BRONCOSPASMO.</p> <p>ROTULAGEM OBRIGATÓRIA CONTENDO:</p> <p>NOME DO MEDICAMENTO, CONCENTRAÇÃO,</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;">NF</p>	VD	200,000	1,620	324,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL	
		<p>VOLUME,</p> <p>LOTE,</p> <p>DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE,</p> <p>FABRICANTE/IMPORTADOR,</p> <p>ORIENTAÇÕES DE USO E CONSERVAÇÃO.</p> <p>EMBALAGEM SECUNDÁRIA COM BULA ATUALIZADA.</p> <p>VALIDADE MÍNIMA DE 24 MESES NA ENTREGA.</p> <p>PRODUTO DEVE POSSUIR REGISTRO ATIVO NA ANVISA.</p> <p>ARMAZENAMENTO CONFORME ORIENTAÇÃO DO FABRICANTE, PROTEGIDO DE LUZ E CALOR EXCESSIVO.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO PELA UNIDADE: PRONTO ATENDIMENTO, ENFERMAGEM, SALAS DE NEBULIZAÇÃO, UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E SETORES DE EMERGÊNCIA RESPIRATÓRIA.</p>					
00019	00004518	<p>LOTE: DOBUTAMINA 20ML/250MG. - DOBUTAMINA 20ML/250MG.</p> <p>DESCRIÇÃO TÉCNICA –</p> <p>DOBUTAMINA 250 MG/20 ML</p> <p>– SOLUÇÃO INJETÁVEL</p> <p>MEDICAMENTO: DOBUTAMINA</p> <p>APRESENTAÇÃO: SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL</p> <p>CONCENTRAÇÃO: 250 MG/20 ML</p> <p>FORMA FARMACÉUTICA: AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA</p> <p>VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAVENOSA</p> <p>USO: ADULTO E PEDIÁTRICO, CONFORME PROTOCOLO CLÍNICO</p> <p>TIPO DE MEDICAMENTO: USO HOSPITALAR</p> <p>ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS EXIGIDAS:</p> <p>CONTEÚDO DE 250 MG DE DOBUTAMINA DILUÍDOS EM 20 ML DE SOLUÇÃO ESTÉRIL.</p> <p>SOLUÇÃO LÍMPIDA, INCOLOR OU LEVEMENTE AMARELADA, LIVRE DE PARTÍCULAS VISÍVEIS.</p> <p>EMBALAGEM PRIMÁRIA EM AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA DE VIDRO OU MATERIAL ADEQUADO, RESISTENTE E DE FÁCIL MANUSEIO.</p> <p>PRODUTO DEVE SER TERMOESTÁVEL, DE USO EXCLUSIVO HOSPITALAR, DEVENDO CONSTAR ESSA INFORMAÇÃO NO RÓTULO.</p> <p>DEVE POSSUIR REGISTRO ATIVO NA ANVISA, CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE.</p> <p>VALIDADE MÍNIMA DE 18 MESES A PARTIR DA DATA DE ENTREGA.</p> <p>DEVE SER ACOMPANHADO DE BULA ATUALIZADA E ESTAR DE ACORDO COM AS NORMAS DA FARMACOPEIA BRASILEIRA.</p> <p>IDENTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA NO RÓTULO: NOME DO FÁRMACO, CONCENTRAÇÃO, VOLUME, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE.</p> <p>CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO:</p> <p>EMBALAGEM SECUNDÁRIA ÍNTEGRA, CONTENDO AS INFORMAÇÕES DO FABRICANTE.</p> <p>ARMAZENAMENTO ADEQUADO: TEMPERATURA AMBIENTE CONTROLADA, PROTEGIDA DA LUZ.</p> <p>A ENTREGA DEVERÁ SEGUIR AS BOAS PRÁTICAS DE DISTRIBUIÇÃO E LOGÍSTICA, SEM AVARIAS OU DANOS NO ACONDICIONAMENTO.</p> <p>INDICAÇÃO DO MEDICAMENTO:</p> <p>A DOBUTAMINA É INDICADA PARA O TRATAMENTO DE ESTADOS DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA, CHOQUE CARDIOGÊNICO E OUTRAS</p>	<p>BQ </p>	AM	200,000	13,610	2.722,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		SITUAÇÕES QUE NECESSITEM DE SUPORTE INOTRÓPICO POSITIVO. UTILIZA-SE PARA AUMENTAR O DÉBITO CARDÍACO EM PACIENTES COM CONTRATILIDADE DIMINUÍDA, MANTENDO ADEQUADA PERFUSÃO TECIDUAL. TAMBÉM PODE SER UTILIZADA EM SUPORTE HEMODINÂMICO DURANTE CIRURGIAS E SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, CONFORME PROTOCOLOS ESTABELECIDOS.				
00020	00004520	<p>LOTE: HEPARINA SODICA 5000UI/ML - HEPARINA SODICA 5000UI/ML DESCRIÇÃO PARA LICITAÇÃO – HEPARINA SÓDICA 5.000 UI/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL</p> <p style="text-align: right; font-size: 2em; color: blue;">OK</p> <p style="text-align: right; font-size: 2em; color: red;">✓</p> <p>DENOMINAÇÃO: HEPARINA SÓDICA – SOLUÇÃO INJETÁVEL APRESENTAÇÃO: AMPOLA DE 5 ML (OU CONFORME APRESENTAÇÃO DISPONÍVEL NO MERCADO, DESDE QUE CONTENDO 5.000 UI/ML) CONCENTRAÇÃO: 5.000 UI/ML FORMA FARMACÉUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL, LÍMPIDA, INCOLOR, ESTÉRIL E APIROGÊNICA. VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAVENOSA OU SUBCUTÂNEA, CONFORME PRESCRIÇÃO. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS: SOLUÇÃO INJETÁVEL DE HEPARINA SÓDICA COM CONCENTRAÇÃO DE 5.000 UI/ML, TOTALMENTE LÍMPIDA, SEM PARTÍCULAS, SEDIMENTOS OU ALTERAÇÃO DE COR. AMPOLAS CONFECCIONADAS EM MATERIAL RESISTENTE E ESTÉRIL, GARANTINDO INTEGRIDADE, ESTABILIDADE E SEGURANÇA DO PRODUTO. ROTULAGEM COMPLETA CONTENDO: NOME DO PRODUTO, CONCENTRAÇÃO, VOLUME, VIA DE ADMINISTRAÇÃO, NÚMERO DE LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE. VALIDADE MÍNIMA DE 18 MESES NO ATO ENTREGA. PRODUTO DEVE POSSUIR REGISTRO ATIVO NA ANVISA, EM CONFORMIDADE COM A FARMACOPEIA BRASILEIRA E DEMAIS NORMAS SANITÁRIAS.</p> <p>ARMAZENAMENTO CONFORME RECOMENDA O FABRICANTE. INDICAÇÃO DE USO: PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO; PROFILAXIA DE TROMBOSE EM PROCEDIMENTOS HOSPITALARES; USO EM CATETERES E PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS PARA EVITAR COAGULAÇÃO; SITUAÇÕES CLÍNICAS EM QUE SE EXIGE ANTICOAGULAÇÃO IMEDIATA. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: ENTREGA EM EMBALAGENS ORIGINAIS DE FÁBRICA, ÍNTEGRAS, LACRADAS E SEM QUALQUER SINAL DE VIOLAÇÃO. PRODUTO DEVE SER DE RECENTE FABRICAÇÃO, COM ASPECTO FÍSICO ADEQUADO E SEM AVARIAS. ENTREGA OBRIGATORIAMENTE EM LOTES UNIFORMES, COM TODAS AS UNIDADES DO QUANTITATIVO ENTREGUE PERTENCENDO AO MESMO LOTE E MESMA VALIDADE, SALVO INDISPONIBILIDADE TÉCNICA DEVIDAMENTE JUSTIFICADA E AVALIADA PELA SECRETARIA. TRANSPORTE ADEQUADO, RESPEITANDO AS CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO INDICADAS PELO FABRICANTE. ENTREGA NO ENDEREÇO DETERMINADO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, DENTRO DOS PRAZOS ESTABELECIDOS NO CONTRATO OU PEDIDO. O MATERIAL ESTÁ SUJEITO À CONFERÊNCIA, PODENDO SER REJEITADO CASO APRESENTE DIVERGÊNCIAS DE ROTULAGEM, VALIDADE, LOTE, ASPECTO FÍSICO OU OUTRAS NÃO CONFORMIDADES.</p>	AM	400,000	15,310	6.124,00
00021	00004821	<p>LOTE: FENOBARBITAL 100 MG INJ. 2 ML - FENOBARBITAL 100 MG INJ. 2 ML DESCRIÇÃO TÉCNICA – FENOBARBITAL 100 MG – SOLUÇÃO INJETÁVEL</p> <p style="text-align: right; font-size: 2em; color: blue;">BQ</p> <p style="text-align: right; font-size: 2em; color: red;">OK</p> <p>MEDICAMENTO: FENOBARBITAL CONCENTRAÇÃO: 100 MG POR UNIDADE (AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA) FORMA FARMACÉUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL APRESENTAÇÃO: AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA, CONFORME DISPONIBILIZADO PELO FABRICANTE VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAMUSCULAR OU INTRAVENOSA LENTA, CONFORME NECESSIDADE CLÍNICA USO: ADULTO E PEDIÁTRICO TIPO: MEDICAMENTO DE USO HOSPITALAR INDICAÇÃO DO MEDICAMENTO: O FENOBARBITAL INJETÁVEL É INDICADO PARA: TRATAMENTO DE CRISES CONVULSIVAS AGUDAS, INCLUSIVE STATUS EPILEPTICUS, QUANDO OUTRAS TERAPIAS NÃO SÃO EFICAZES OU NÃO PODEM SER UTILIZADAS;</p>	AM	500,000	3,080	1.540,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>SEDAÇÃO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS, SOB SUPERVISÃO MÉDICA; CONTROLE DE CONVULSÕES EM EMERGÊNCIAS E EM PACIENTES IMPOSSIBILITADOS DE USO ORAL. ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS EXIGIDAS: SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL CONTENDO 100 MG DE FENOBARBITAL POR UNIDADE. SOLUÇÃO LÍMPIDA, INCOLOR OU LEVEMENTE AMARELADA, LIVRE DE PARTÍCULAS VISÍVEIS. EMBALAGEM PRIMÁRIA EM AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA DE VIDRO OU MATERIAL APROPRIADO, RESISTENTE E SEGURO.(2ML OU OUTRA DEPENDENDO DO FABRICANTE). PRODUTO TERMOESTÁVEL, COM INDICAÇÃO CLARA DE USO EXCLUSIVO HOSPITALAR NO RÓTULO. REGISTRO ATIVO NA ANVISA. VALIDADE MÍNIMA DE 18 MESES CONTADOS DA DATA DE ENTREGA. PRODUTO DEVE SER ACOMPANHADO DE BULA ATUALIZADA, CONFORME ESPECIFICAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA. RÓTULO CONTENDO: NOME DO MEDICAMENTO, CONCENTRAÇÃO, VOLUME/UNIDADE, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, VALIDADE E VIA DE ADMINISTRAÇÃO. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: EMBALAGEM SECUNDÁRIA ÍNTEGRA, SEM AVARIAS, VIOLAÇÃO OU SUJIDADES. SOLUÇÃO SEM SINAIS DE TURVAÇÃO, PRECIPITADOS OU ALTERAÇÕES DE COR. PRODUTO FORNECIDO DEVE ESTAR ÍNTEGRO, SEM VAZAMENTOS. TRANSPORTE CONFORME BOAS PRÁTICAS DE DISTRIBUIÇÃO. ARMAZENAMENTO EM TEMPERATURA AMBIENTE CONTROLADA E PROTEGIDO DA LUZ.</p>				
00022	00004996	<p>LOTE: HIDROCORTISONA INJETAVEL 100MG - HIDROCORTISONA INJETAVEL 100MG DESCRIÇÃO PARA LICITAÇÃO – HIDROCORTISONA 100 MG – PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: blue;">NC BLAU</p> <p style="text-align: right; font-size: 2em; color: red;">OK</p> <p>DENOMINAÇÃO: HIDROCORTISONA – PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL APRESENTAÇÃO: FRASCO-AMPOLA CONTENDO 100 MG DE HIDROCORTISONA (PODENDO ACOMPANHAR DILUENTE ESTÉRIL CONFORME DISPONIBILIDADE DO FABRICANTE). CONCENTRAÇÃO: 100 MG FORMA FARMACÉUTICA: PÓ LIOFILIZADO ESTÉRIL PARA RECONSTITUIÇÃO, ORIGINANDO SOLUÇÃO INJETÁVEL LÍMPIDA. VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAVENOSA OU INTRAMUSCULAR, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.</p> <p>CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS: PRODUTO APRESENTADO EM FRASCO-AMPOLA CONTENDO 100 MG DE HIDROCORTISONA EM PÓ ESTÉRIL, DE FÁCIL RECONSTITUIÇÃO. APÓS RECONSTITUIÇÃO, A SOLUÇÃO DEVE APRESENTAR-SE LÍMPIDA, SEM PRESENÇA DE PARTÍCULAS, TURVAÇÃO OU SEDIMENTOS. EMBALAGEM PRIMÁRIA COM ROTULAGEM CLARA CONTENDO: NOME DO MEDICAMENTO, DOSE (100 MG), INFORMAÇÕES DE RECONSTITUIÇÃO, VIA DE ADMINISTRAÇÃO, NÚMERO DE LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE. VALIDADE MÍNIMA DE 18 MESES NO ATO DA ENTREGA. PRODUTO COM REGISTRO ATIVO NA ANVISA, ATENDENDO ÀS NORMAS DA FARMACOPEIA BRASILEIRA E LEGISLAÇÕES SANITÁRIAS VIGENTES. ARMAZENAMENTO CONFORME INSTRUÇÕES DO FABRICANTE. INDICAÇÃO DE USO: TRATAMENTO DE REAÇÕES ANAFILÁTICAS E EMERGÊNCIAS ALÉRGICAS; TERAPIA EM INSUFICIÊNCIA ADRENAL AGUDA (CRISE ADRENAL); USO EM CONDIÇÕES INFLAMATÓRIAS E IMUNOLÓGICAS GRAVES QUE EXIGEM AÇÃO RÁPIDA DO CORTICOSTEROIDE; EMPREGADO EM EMERGÊNCIAS, PRONTO ATENDIMENTO, UPA E UNIDADES HOSPITALARES. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: ENTREGA EM EMBALAGENS ORIGINAIS DE FÁBRICA, LACRADAS, ÍNTEGRAS, SEM SINAIS DE VIOLAÇÃO. PRODUTO DEVE SER DE RECENTE FABRICAÇÃO, COM INTEGRIDADE FÍSICA PRESERVADA. ENTREGA OBRIGATORIAMENTE EM LOTES UNIFORMES — TODAS AS UNIDADES DEVEM PERTENCER AO MESMO LOTE E POSSUIR A MESMA VALIDADE, SALVO IMPOSSIBILIDADE TÉCNICA FORMALMENTE JUSTIFICADA E ACEITA PELA SECRETARIA. TRANSPORTE ADEQUADO PARA CONSERVAR ESTABILIDADE E EFICÁCIA DO MEDICAMENTO. ENTREGA NO ENDEREÇO INDICADO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DENTRO DOS PRAZOS ESTABELECIDOS. MATERIAL SUJEITO À CONFERÊNCIA TÉCNICA E PODERÁ SER RECUSADO SE APRESENTAR DIVERGÊNCIAS DE LOTE, VALIDADE, ROTULAGEM OU</p>	AM	2000,000	3,640	7.280,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114


PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		ASPECTO FÍSICO.				
00023	00005211	<p>LOTE: GEL P/ ULTRASSONOGRAFIA 1 KG - GEL P/ ULTRASSONOGRAFIA 1 KG DESCRIÇÃO TÉCNICA – GEL PARA ULTRASSOM / ULTRASSONOGRAFIA – FRASCO 1 KG</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: blue;">NT </p> <p>PRODUTO: GEL CONDUTOR PARA ULTRASSONOGRAFIA APRESENTAÇÃO: FRASCO PLÁSTICO RÍGIDO COM 1 KG ASPECTO: GEL HOMOGÊNEO, INCOLOR OU LEVEMENTE AZULADO (CONFORME FABRICANTE), DE ALTA VISCOSIDADE USO: EXTERNO, PARA EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA, ECG, EEF, FISIOTERAPIA E PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS TIPO: PRODUTO PARA SAÚDE – CLASSE DE RISCO II REGISTRO: DEVE POSSUIR REGISTRO OU NOTIFICAÇÃO ATIVA NA ANVISA INDICAÇÃO DO PRODUTO: GEL CONDUTOR DESENVOLVIDO PARA MELHORAR A TRANSMISSÃO DAS ONDAS ULTRASSÔNICAS, GARANTINDO MAIOR QUALIDADE DE IMAGEM EM: EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA; ELETROCARDIOGRAMA E OUTROS PROCEDIMENTOS DE MONITORIZAÇÃO; APLICAÇÕES EM FISIOTERAPIA; PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS QUE EXIJAM MEIO CONDUTOR NÃO IRRITANTE E HIDROSSOLÚVEL. ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS EXIGIDAS: GEL HIDROSSOLÚVEL, NÃO OLEOSO, NÃO IRRITANTE E NÃO CORROSIVO. PH NEUTRO (APROXIMADAMENTE 6,5 A 7,5). NÃO TÓXICO, ATÓXICO E DERMATOLÓGICAMENTE SEGURO. NÃO DEVE MANCHAR ROUPAS OU EQUIPAMENTOS. FÁCIL REMOÇÃO COM ÁGUA. ESTABILIDADE FÍSICO-QUÍMICA GARANTIDA DURANTE TODO O PRAZO DE VALIDADE. EMBALAGEM DEVE SER RESISTENTE, SELADA, COM TAMPA DOSADORA QUE PERMITA USO PRÁTICO. ROTULAGEM CONTENDO: NOME DO PRODUTO, LOTE, FABRICAÇÃO, VALIDADE, COMPOSIÇÃO, FABRICANTE E NÚMERO DE REGISTRO/NOTIFICAÇÃO ANVISA. PRODUTO DEVE ESTAR CONFORME NORMAS DA RDC 185/2001 E DEMAIS LEGISLAÇÕES SANITÁRIAS APLICÁVEIS. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: EMBALAGEM ÍNTEGRA, LACRADA, SEM AVARIAS, DEFORMAÇÕES OU VAZAMENTOS. VALIDADE MÍNIMA DE 18 MESES NO MOMENTO DA ENTREGA. TRANSPORTE CONFORME BOAS PRÁTICAS DE DISTRIBUIÇÃO. ARMAZENAMENTO AO ABRIGO DA LUZ, CALOR E UMIDADE EXCESSIVA.</p>	UN	500,000	7,970	3.985,00
00024	00006172	<p>LOTE: DICLOFENACO DE SODIO 25 MG/ML - DICLOFENACO DE SODIO 25 MG/ML DICLOFENACO DE SÓDIO 25 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL AMPOLA 3 ML MEDICAMENTO: DICLOFENACO DE SÓDIO</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: blue;">NC FARMACE </p> <p>APRESENTAÇÃO: SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 25 MG/ML, EM AMPOLA DE 3 ML (TOTAL DE 75 MG). FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ESTÉRIL, LÍMPIDA E APIROGÊNICA PARA ADMINISTRAÇÃO INTRAMUSCULAR. COMPOSIÇÃO POR AMPOLA (3 ML): DICLOFENACO DE SÓDIO: 75 MG VEÍCULO ESTÉRIL Q.S.P.: 3 ML CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS OBRIGATÓRIAS: PRIORIDADE PARA MEDICAMENTO GENÉRICO, DEVIDAMENTE IDENTIFICADO NA EMBALAGEM. PRODUTO COM REGISTRO VIGENTE NA ANVISA. SOLUÇÃO ESTÉRIL, ESTÁVEL, LIVRE DE PARTÍCULAS VISÍVEIS E APIROGÊNICA. AMPOLA DE VIDRO ESTÉRIL COM CAPACIDADE DE 3 ML. DEVE ATENDER ÀS EXIGÊNCIAS DA FARMACÓPEIA BRASILEIRA. INDICAÇÕES GERAIS:</p>	AM	12000,000	0,960	11.520,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
 CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL	
		ANALGÉSICO E ANTI-INFLAMATÓRIO UTILIZADO EM CONDIÇÕES DOLOROSAS AGUDAS E INFLAMATÓRIAS, CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS. CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO: CONSERVAR EM LOCAL PROTEGIDO DA LUZ, CALOR E UMIDADE, CONFORME ORIENTAÇÃO DO FABRICANTE. PRAZO DE VALIDADE OBRIGATÓRIO NA ENTREGA: MÍNIMO DE 18 (DEZOITO) MESES DE VALIDADE REMANESCENTE A PARTIR DA DATA DE RECEBIMENTO PELO ÓRGÃO PÚBLICO .EMBALAGEM: EMBALAGEM PRIMÁRIA: AMPOLA DE VIDRO ESTÉRIL .EMBALAGEM SECUNDÁRIA: CAIXA CONTENDO IDENTIFICAÇÃO COMPLETA DO PRODUTO, COMPOSIÇÃO, FABRICANTE, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, PRAZO DE VALIDADE E NÚMERO DE REGISTRO ANVISA.					
00025	00006238	LOTE: CLORETO DE SODIO 20 % AMP - CLORETO DE SODIO 20 % AMP DESCRIÇÃO TÉCNICA CLORETO DE SÓDIO 20% 200 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMPOLA 20 ML** CLORETO DE SÓDIO 20%, SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL E APIROGÊNICA, CONTENDO 200 MG/ML DE NACL, ACONDICIONADA EM AMPOLAS DE 20 ML, DESTINADA AO USO HOSPITALAR PARA CORREÇÃO DE DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS SOB SUPERVISÃO MÉDICA. CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS DO PRODUTO: APRESENTAÇÃO: SOLUÇÃO INJETÁVEL HIPERTÔNICA DE 20% (200 MG/ML). AMPOLA DE 20 ML, CONTENDO SOLUÇÃO LÍMPIDA, INCOLOR E ISENTA DE PARTÍCULAS. EMBALAGEM UNITÁRIA OU EM CAIXA, CONFORME APRESENTAÇÃO DO FABRICANTE. INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: INDICADO PARA TRATAMENTO DA HIPONATREMIA AGUDA E GRAVE, QUANDO NECESSÁRIA RÁPIDA CORREÇÃO DOS NÍVEIS DE SÓDIO. UTILIZADO EM SITUAÇÕES EMERGENCIAIS PARA REPOSIÇÃO DE SÓDIO E MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO HIDROELETROLÍTICO. ADMINISTRAÇÃO EXCLUSIVAMENTE INTRAVENOSA, PREFERENCIALMENTE EM VIA CENTRAL, MEDIANTE DILUIÇÃO E MONITORIZAÇÃO RIGOROSA, CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS. COMPOSIÇÃO: CLORETO DE SÓDIO (NACL): 200 MG/ML. EXCIPIENTE: ÁGUA PARA INJEÇÃO. REQUISITOS DE QUALIDADE: SOLUÇÃO ESTÉRIL, APIROGÊNICA, ATENDENDO ÀS ESPECIFICAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA.		AM	2000,000	0,390	780,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>ESTABILIDADE FÍSICO-QUÍMICA ASSEGURADA DURANTE TODO O PRAZO DE VALIDADE.</p> <p>PRODUTO DEVE APRESENTAR INTEGRIDADE DA AMPOLA E AUSÊNCIA DE CONTAMINAÇÃO.</p> <p>EMBALAGEM E ROTULAGEM:</p> <p>ROTULAGEM CONTENDO NOME DO PRODUTO, CONCENTRAÇÃO, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, VALIDADE, FABRICANTE, VIA DE ADMINISTRAÇÃO E ADVERTÊNCIAS DE SEGURANÇA.</p> <p>DEVE CONSTAR: "USO EXCLUSIVAMENTE INTRAVENOSO – ADMINISTRAR COM MONITORIZAÇÃO DE SÓDIO PLASMÁTICO."</p> <p>VALIDADE MÍNIMA AO RECEBER: 24 MESES.</p> <p>CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO:</p> <p>CONSERVAR EM TEMPERATURA AMBIENTE (15°C A 30°C), PROTEGIDO DA LUZ E UMIDADE.</p> <p>REGULAMENTAÇÃO:</p> <p>PRODUTO DEVE POSSUIR REGISTRO VÁLIDO NA ANVISA, CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE PARA SOLUÇÕES INJETÁVEIS.</p>				
00026	00006484	<p>LOTE: DICLOFENACO DIETILAMONIO GEL - DICLOFENACO DIETILAMONIO GEL</p> <p>DICLOFENACO DIETILAMÔNIO 10 MG/G –</p> <p>GEL TÓPICO – TUBO 60 G</p> <p>BQ CIMED NC</p> <p>MEDICAMENTO: DICLOFENACO DIETILAMÔNIO</p> <p>APRESENTAÇÃO: GEL DERMATOLÓGICO CONTENDO 10 MG/G (1%), EM TUBO DE 60 G.</p> <p>FORMA FARMACÊUTICA: GEL DE USO TÓPICO, HOMOGÊNEO, INCOLOR OU LEVEMENTE OPALESCENTE.</p> <p>CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS OBRIGATÓRIAS:</p> <p>PREFERÊNCIA PARA MEDICAMENTO GENÉRICO, DEVIDAMENTE IDENTIFICADO NA EMBALAGEM.</p> <p>PRODUTO COM REGISTRO ATIVO NA ANVISA.</p> <p>GEL ESTÁVEL, HOMOGÊNEO, DE FÁCIL ESPALHABILIDADE E ABSORÇÃO, ISENTO DE PARTÍCULAS ESTRANHAS.</p> <p>EMBALAGEM ALUMINIZADA OU LAMINADA, COM TAMPA ROSQUEÁVEL E LACRE DE SEGURANÇA.</p> <p>DEVE ATENDER ÀS ESPECIFICAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA OU COMPÊNDIO OFICIAL RECONHECIDO.</p> <p>COMPOSIÇÃO (POR GRAMA):</p> <p>DICLOFENACO DIETILAMÔNIO: 10 MG</p> <p>EXCIPIENTES: Q.S.P. 1 G</p> <p>INDICAÇÕES GERAIS:</p> <p>ANTI-INFLAMATÓRIO E ANALGÉSICO TÓPICO, INDICADO PARA ALÍVIO DE DORES MUSCULARES, CONTUSÕES, TENDINITES E PROCESSOS INFLAMATÓRIOS LOCALIZADOS.</p> <p>PRAZO DE VALIDADE OBRIGATÓRIO NA ENTREGA:</p> <p>MÍNIMO DE 18 (DEZOITO) MESES DE VALIDADE REMANESCENTE A CONTAR DO RECEBIMENTO PELO ÓRGÃO PÚBLICO.</p> <p>CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO:</p> <p>MANTER AO ABRIGO DE LUZ E CALOR, CONFORME RECOMENDAÇÃO DO FABRICANTE.</p> <p>ROTULAGEM:</p> <p>A EMBALAGEM DEVE CONTER IDENTIFICAÇÃO COMPLETA, INCLUINDO:</p> <p>NOME DO PRODUTO</p> <p>PRINCÍPIO ATIVO E CONCENTRAÇÃO</p>	TB	400,000	5,180	2.072,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		FORMA FARMACÉUTICA LOTE NÚMERO DE REGISTRO NA ANVISA DATA DE FABRICAÇÃO PRAZO DE VALIDADE DADOS DO FABRICANTE				
00027	00006888	LOTE: TRAMADOL 50 MG / ML - TRAMADOL 50 MG / ML TRAMADOL CLORIDRATO 50 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL OK				
		OK ✓ DESCRIÇÃO: TRAMADOL CLORIDRATO, MEDICAMENTO ANALGÉSICO OPIOIDE DE AÇÃO CENTRAL, APRESENTADO NA FORMA DE SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, NA CONCENTRAÇÃO DE 50 MG/ML, DESTINADO À ADMINISTRAÇÃO INTRAVENOSA, INTRAMUSCULAR OU SUBCUTÂNEA, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E PROTOCOLOS CLÍNICOS VIGENTES. APRESENTAÇÃO: AMPOLA CONTENDO 1 ML DE SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, LÍMPIDA E INCOLOR OU LEVEMENTE AMARELADA. INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA O TRATAMENTO DA DOR MODERADA A INTENSA, AGUDA OU CRÔNICA, INCLUSIVE DOR PÓS-OPERATÓRIA, TRAUMÁTICA E ONCOLÓGICA, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOTADA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DIRETRIZES CLÍNICAS VIGENTES. COMPOSIÇÃO: CADA 1 ML DA SOLUÇÃO CONTÉM: TRAMADOL CLORIDRATO 50 MG VEÍCULO ESTÉRIL Q.S.P. 1 ML VALIDADE: O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELA ADMINISTRAÇÃO. REGULARIZAÇÃO SANITÁRIA: MEDICAMENTO COM REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, EM CONFORMIDADE COM A RDC Nº 157/2017 (BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO DE MEDICAMENTOS), RDC Nº 301/2019 (BPF – MEDICAMENTOS), BEM COMO DEMAIS NORMAS SANITÁRIAS APLICÁVEIS. ATENDE ÀS ESPECIFICAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA VIGENTE. EMBALAGEM: ACONDICIONADO EM AMPOLAS DE VIDRO NEUTRO, DEVIDAMENTE ROTULADAS, ÍNTEGRAS, COM IDENTIFICAÇÃO DO PRINCÍPIO ATIVO, CONCENTRAÇÃO, NÚMERO DO LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, VALIDADE E VIA DE ADMINISTRAÇÃO. TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO: O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO CONFORME AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS, GARANTINDO A INTEGRIDADE FÍSICA, QUÍMICA E MICROBIOLÓGICA DO PRODUTO. DEVERÁ SER MANTIDO EM CONDIÇÕES ADEQUADAS DE TEMPERATURA, PROTEÇÃO CONTRA LUZ E UMIDADE, CONFORME ORIENTAÇÃO DO FABRICANTE E FARMACOPEIA BRASILEIRA, PRESERVANDO SUA ESTABILIDADE E EFICÁCIA ATÉ O USO FINAL.	AM	20000,000	1,680	33.600,00
00028	00006933	LOTE: CURATIVO CARVAO ATIVADO - CURATIVO CARVAO ATIVADO NT DESCRIÇÃO TÉCNICA CURATIVO DE CARVÃO ATIVADO COM PRATA (RECORTÁVEL) 10 x 20 CM	UN	600,000	70,740	42.444,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL		
		<p>NOME DO PRODUTO: CURATIVO DE CARVÃO ATIVADO COM PRATA – RECORTÁVEL APRESENTAÇÃO: SACHÊ ESTÉRIL CONTENDO DIMENSÕES: 10 CM x 20 CM DESCRIÇÃO GERAL DO PRODUTO CURATIVO PRIMÁRIO OU SECUNDÁRIO COMPOSTO POR: CARVÃO ATIVADO IMPREGNADO COM PRATA, PRENSADO ENTRE DUAS CAMADAS DE TECIDO NÃO TECIDO (NYLON/POLIAMIDA), PRODUTO RECORTÁVEL, PERMITINDO AJUSTE AO TAMANHO DA FERIDA, SEM PERDA DE INTEGRIDADE ESTRUTURAL .APRESENTADO EM SACHÊ DE NÃO TECIDO, INDIVIDUAL, ESTÉRIL E PRONTO PARA USO. FINALIDADE / INDICAÇÃO INDICADO PARA: FERIDAS INFECTADAS OU COM RISCO DE INFECÇÃO, FERIDAS COM ODORES DESAGRADÁVEL (CONTROLE DE ODORES), ÚLCERAS DE PRESSÃO, ÚLCERAS VENOSAS E ARTERIAIS, FERIDAS CRÔNICAS OU AGUDAS COM EXSUDATO, QUEIMADURAS DE ESPESSURA PARCIAL, CUIDADO AMBULATORIAL E HOSPITALAR A PRATA AUXILIA NO CONTROLE ANTIMICROBIANO, ENQUANTO O CARVÃO ATIVADO REDUZ ODORES E ADSORVE TOXINAS. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS CURATIVO ESTÉRIL, LIVRE DE PARTÍCULAS E CONTAMINANTES ESTRUTURA INTERNA COM CARVÃO ATIVADO + PRATA REVESTIMENTO EM NYLON/POLIAMIDA, RESISTENTE E MALEÁVEL RECORTÁVEL, SEM DESPRENDIMENTO DE FIBRAS PODE SER UTILIZADO COMO CURATIVO PRIMÁRIO OU SECUNDÁRIO NÃO ADERENTE AO LEITO DA FERIDA (ATRAUMÁTICO NA REMOÇÃO) ESTERILIZAÇÃO VALIDADA PELO FABRICANTE EMBALAGEM INDIVIDUAL HERMETICAMENTE FECHADA PRODUTO DEVE POSSUIR REGISTRO ATIVO NA ANVISA COMO PRODUTO PARA SAÚDE ROTULAGEM A EMBALAGEM DEVE CONTER: NOME DO PRODUTO ,COMPOSIÇÃO (CARVÃO ATIVADO PRATA; CAMADA DE NYLON/POLIAMIDA) DIMENSÕES: 10 x 20 CMLOTE, FABRICAÇÃO E VALIDADE MÉTODO DE ESTERILIZAÇÃO, NÚMERO DE REGISTRO ANVISA IDENTIFICAÇÃO DO FABRICANTE/IMPORTADOR PRAZO DE VALIDADE VALIDADE MÍNIMA DE 24 MESES A PARTIR DA ENTREGA. CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO CONSERVAR EM LOCAL SECO, PROTEGIDO DE LUZ E UMIDADE NÃO UTILIZAR SE A EMBALAGEM ESTIVER VIOLADA</p>						
00029	00006935	<p>LOTE: COLAGENASE C/ CLORANFENICOL - COLAGENASE C/ CLORANFENICOL DESCRIÇÃO TÉCNICA COLAGENASE + CLORANFENICOL – POMADA DERMATOLÓGICA (30 G)</p> <p>NOME DO PRODUTO: POMADA DERMATOLÓGICA DE COLAGENASE + CLORANFENICOL APRESENTAÇÃO: TUBO DE 30 G</p> <p>COMPOSIÇÃO COLAGENASE 0,6 U/G CLORANFENICOL 0,01 G/G</p>	<p>NC CRISTALIA OK ✓</p>		BI	3000,000	22,560	67.680,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>BASE DERMATOLÓGICA ADEQUADA, ESTÁVEL E PRÓPRIA PARA USO TÓPICO.</p> <p>PRIORIDADE PRODUTO GENÉRICO, CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE.</p> <p>FINALIDADE / INDICAÇÃO</p> <p>INDICADO PARA:</p> <p>TRATAMENTO DE FERIDAS, ÚLCERAS CUTÂNEAS, ESCORIAÇÕES, QUEIMADURAS E LESÕES NECROSADAS, AUXILIANDO NO DESBRIDAMENTO ENZIMÁTICO.</p> <p>AÇÃO ANTIMICROBIANA LOCAL DEVIDO AO CLORANFENICOL, PREVENINDO CONTAMINAÇÃO BACTERIANA.</p> <p>USO EM AMBIENTES HOSPITALARES, AMBULATÓRIOS, ATENÇÃO BÁSICA E UNIDADES DE URGÊNCIA.</p> <p>CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS</p> <p>POMADA DERMATOLÓGICA HOMOGÊNEA, ESTÁVEL, LIVRE DE PARTÍCULAS VISÍVEIS.</p> <p>EMBALAGEM EM TUBO DE ALUMÍNIO OU PLÁSTICO APROPRIADO, COM TAMPA ROSQUEÁVEL.</p> <p>ACONDICIONAMENTO EM CAIXA INDIVIDUAL CONTENDO INSTRUÇÕES DE USO.</p> <p>PRODUTO GENÉRICO, CONTENDO DENOMINAÇÃO CONFORME DCB – DENOMINAÇÃO COMUM BRASILEIRA.</p> <p>DEVE POSSUIR REGISTRO ATIVO NA ANVISA.</p> <p>REQUISITOS DE ROTULAGEM</p> <p>O RÓTULO E A EMBALAGEM DEVEM CONTER:</p> <p>NOME DO MEDICAMENTO E COMPOSIÇÃO;</p> <p>TIPO DE PRODUTO (POMADA DERMATOLÓGICA);</p> <p>NÚMERO DO LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE;</p> <p>DADOS DO FABRICANTE E CNPJ;</p> <p>CONDIÇÕES DE CONSERVAÇÃO E MODO DE USO;</p> <p>NÚMERO DE REGISTRO ANVISA.</p> <p>PRAZO DE VALIDADE</p>				

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114


PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>VALIDADE MÍNIMA DE 24 MESES A PARTIR DA DATA DA ENTREGA.</p> <p>CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO</p> <p>CONSERVAR EM TEMPERATURA AMBIENTE (15 °C A 30 °C), AO ABRIGO DE LUZ E UMIDADE.</p>				
00030	00008637	<p>LOTE: HALOPERIDOL 5MG/ML. INJ. - HALOPERIDOL 5MG/ML. INJ. DESCRIÇÃO PARA LICITAÇÃO – HALOPERIDOL 5 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL DENOMINAÇÃO: HALOPERIDOL – SOLUÇÃO INJETÁVEL APRESENTAÇÃO: AMPOLA DE 1 ML CONCENTRAÇÃO: 5 MG/ML FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL, LÍMPIDA, INCOLOR A LEVEMENTE AMARELADA, ESTÉRIL E APIROGÊNICA. VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAMUSCULAR OU INTRAVENOSA, CONFORME PRESCRIÇÃO.</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: blue;">NC CRISTALIA</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: red;">NF</p> <p>CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS: SOLUÇÃO INJETÁVEL DE HALOPERIDOL COM CONCENTRAÇÃO DE 5 MG/ML, TOTALMENTE LÍMPIDA, SEM PARTÍCULAS, SEDIMENTOS OU ALTERAÇÃO DE COR. AMPOLAS INDIVIDUAIS CONFECCIONADAS EM MATERIAL RESISTENTE E ESTÉRIL, GARANTINDO INTEGRIDADE, SEGURANÇA E ESTABILIDADE DO MEDICAMENTO. ROTULAGEM CLARA E COMPLETA CONTENDO: NOME DO PRODUTO, CONCENTRAÇÃO, VOLUME, VIA DE ADMINISTRAÇÃO, NÚMERO DE LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE.</p> <p>VALIDADE MÍNIMA DE 18 MESES NO ATO DA ENTREGA.</p> <p>PRODUTO DEVE POSSUIR REGISTRO ATIVO NA ANVISA, ATENDENDO ÀS EXIGÊNCIAS SANITÁRIAS VIGENTES E À FARMACOPEIA BRASILEIRA. ARMAZENAMENTO CONFORME ORIENTAÇÃO DO FABRICANTE. INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA CONTROLE DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA, TRATAMENTO DE PSICOSES AGUDAS, MANEJO DE DELÍRIOS E ALUCINAÇÕES, E CONTROLE DE NÁUSEAS E VÔMITOS DE ORIGEM ESPECÍFICA, CONFORME INDICAÇÃO CLÍNICA. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: ENTREGA EM EMBALAGENS ORIGINAIS DE FÁBRICA, ÍNTEGRAS, LACRADAS E SEM SINAIS DE VIOLAÇÃO. PRODUTO DEVE SER DE RECENTE FABRICAÇÃO, SEM AVARIAS OU ALTERAÇÕES. OBRIGATORIAMENTE, A ENTREGA DEVE OCORRER EM LOTES UNIFORMES, DEVENDO TODAS AS UNIDADES DO QUANTITATIVO ENTREGUE PERTENCER AO MESMO LOTE E MESMA VALIDADE, SALVO IMPOSSIBILIDADE TÉCNICA DEVIDAMENTE JUSTIFICADA E ACEITA PELA SECRETARIA. TRANSPORTE REALIZADO EM CONDIÇÕES ADEQUADAS, PRESERVANDO AS CARACTERÍSTICAS FÍSICO-QUÍMICAS DO MEDICAMENTO. ENTREGA NO ENDEREÇO INDICADO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, DENTRO DO PRAZO CONTRATUAL. O PRODUTO SERÁ CONFERIDO NO RECEBIMENTO E PODERÁ SER REJEITADO SE APRESENTAR DIVERGÊNCIAS DE LOTE, VALIDADE, ASPECTO FÍSICO OU INFORMAÇÕES DE ROTULAGEM.</p>	AM	500,000	2,040	1.020,00
00031	00009080	<p>LOTE: REFIL SABONETE LIQUIDO - REFIL SABONETE LIQUIDO REFIL DE SABONETE LÍQUIDO ANTISSÉPTICO – 800 ML – PARA DISPENSER</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: blue;">NT</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: red;">✓</p> <p>DESCRIÇÃO: REFIL DE SABONETE LÍQUIDO ANTISSÉPTICO. APRESENTADO EM EMBALAGEM CONTENDO 800 ML, PRÓPRIO PARA UTILIZAÇÃO EM DISPENSER DE SABONETE LÍQUIDO, DESTINADO AO USO HOSPITALAR. PRODUTO COM AÇÃO BACTERICIDA E VIRUCIDA, INDICADO PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS, FORMULADO PARA USO FREQUENTE, COM FRAGRÂNCIA SUAVE HIPOALERGÊNICA, MINIMIZANDO RISCOS DE IRRITAÇÕES CUTÂNEAS. DEVE POSSUIR REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, ATENDENDO INTEGRALMENTE ÀS NORMAS SANITÁRIAS APLICÁVEIS. O REFIL DEVERÁ SER EQUIPADO COM BICO DOSADOR DE BORRACHA, GARANTINDO VEDAÇÃO ADEQUADA, CONTROLE DA DOSAGEM E COMPATIBILIDADE COM</p>	UN	1000,000	9,440	9.440,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>DISPENSERS PADRONIZADOS.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA A HIGIENIZAÇÃO ANTISSEPTICA DAS MÃOS DE PROFISSIONAIS, PACIENTES E VISITANTES EM AMBIENTES HOSPITALARES E SERVIÇOS DE SAÚDE, CONTRIBUINDO PARA A REDUÇÃO DA CARGA MICROBIANA E PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA A SAÚDE, CONFORME PROTOCOLOS DE BIOSSEGURANÇA E PADRONIZAÇÃO INSTITUCIONAL.</p> <p>VALIDADE: O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>EMBALAGEM E TRANSPORTE: O PRODUTO DEVERÁ SER ACONDICIONADO EM EMBALAGEM PRIMÁRIA TIPO REFIL, RESISTENTE, COMPATÍVEL COM DISPENSER, DOTADA DE BICO DOSADOR DE BORRACHA, ASSEGURANDO VEDAÇÃO, FACILIDADE DE INSTALAÇÃO E PREVENÇÃO DE VAZAMENTOS. A EMBALAGEM SECUNDÁRIA DEVERÁ PROTEGER CONTRA LUZ, UMIDADE E DANOS FÍSICOS, PRESERVANDO A QUALIDADE E ESTABILIDADE DO PRODUTO.</p> <p>O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO EM CONFORMIDADE COM AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS PARA SAÚDE, MANTENDO AS CONDIÇÕES ADEQUADAS DE CONSERVAÇÃO, EVITANDO EXPOSIÇÃO A TEMPERATURAS EXTREMAS, IMPACTOS OU QUAISQUER CONDIÇÕES QUE POSSAM COMPROMETER A SEGURANÇA, A EFICÁCIA E A INTEGRIDADE DO PRODUTO.</p>				
00032	00009670	<p>LOTE: SORO FISIOLÓGICO 100ML - SORO FISIOLÓGICO 100ML SORO FISIOLÓGICO 0,9% – SOLUÇÃO INJETÁVEL – 100 ML – SISTEMA FECHADO DE BOLSA</p> <p style="text-align: center; font-size: 24px; color: blue;">NC FARMACE </p> <p>DESCRIÇÃO: SOLUÇÃO DE CLORETO DE SÓDIO A 0,9%, APRESENTADA SOB A FORMA DE SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, LÍMPIDA, INCOLOR E APIROGÊNICA, ACONDICIONADA EM BOLSA PLÁSTICA FLEXÍVEL DE 100 ML, CONSTITUÍDA EM SISTEMA FECHADO, SEM COMUNICAÇÃO COM O MEIO EXTERNO, DESTINADA AO USO INTRAVENOSO, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOTADA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>O SISTEMA FECHADO DE BOLSAS DEVERÁ PERMITIR A ADMINISTRAÇÃO SEGURA DA SOLUÇÃO, REDUZINDO O RISCO DE CONTAMINAÇÃO MICROBIOLÓGICA, ENTRADA DE AR E EVENTOS ADVERSOS, SENDO COMPATÍVEL COM EQUIPOS DE INFUSÃO PADRÃO, COM PONTOS DE ACESSO DEVIDAMENTE SELADOS E INVOLÁVEIS.</p> <p>O PRODUTO DEVERÁ POSSUIR REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, COM ROTULAGEM ADEQUADA, BULA OFICIAL E EMBALAGEM QUE ASSEGURE A ESTERILIDADE, ESTABILIDADE, QUALIDADE E RASTREABILIDADE, ATENDENDO ÀS ESPECIFICAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA (EDIÇÃO VIGENTE).</p> <p>COMPOSIÇÃO: CADA 100 ML CONTÉM CLORETO DE SÓDIO 0,9 G, EM VEÍCULO ESTÉRIL Q.S.P. 100 ML.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA HIDRATAÇÃO E MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO HIDROELETROLÍTICO, REPOSIÇÃO DE FLUIDOS, DILUIÇÃO E RECONSTITUIÇÃO DE MEDICAMENTOS E OUTRAS APLICAÇÕES COMPATÍVEIS COM SOLUÇÕES PARENTERAIS, CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS E PADRONIZAÇÃO INSTITUCIONAL.</p> <p>VALIDADE: O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>EMBALAGEM E TRANSPORTE: O PRODUTO DEVERÁ SER ACONDICIONADO EM EMBALAGEM PRIMÁRIA ESTÉRIL, FLEXÍVEL, INVOLÁVEL E ATÓXICA, PRÓPRIA PARA SOLUÇÕES PARENTERAIS, COM SISTEMA FECHADO, E EMBALAGEM SECUNDÁRIA QUE ASSEGURE PROTEÇÃO CONTRA LUZ, UMIDADE, CONTAMINAÇÕES E</p>	UN	25000,000	5,280	132.000,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL	
		<p>DANOS FÍSICOS.</p> <p>AS EMBALAGENS DEVERÃO ATENDER ÀS EXIGÊNCIAS DA FARMACOPEIA BRASILEIRA, DA RDC ANVISA Nº 658/2022 (BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO DE MEDICAMENTOS), DA RDC ANVISA Nº 45/2012 (ROTULAGEM DE MEDICAMENTOS) E DEMAIS NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES.</p> <p>O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO EM CONFORMIDADE COM AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS, MANTENDO CONDIÇÕES ADEQUADAS DE CONSERVAÇÃO E INTEGRIDADE DO SISTEMA FECHADO, EVITANDO PERFURAÇÕES, IMPACTOS, EXPOSIÇÃO A TEMPERATURAS EXTREMAS OU QUAISQUER CONDIÇÕES QUE POSSAM COMPROMETER A QUALIDADE, SEGURANÇA E EFICÁCIA DO PRODUTO.</p>					
00033	00009689	<p>LOTE: CLORPROMAZINA 5MG/ML INJETAVEL - CLORPROMAZINA 5MG/ML INJETAVEL</p> <p>DESCRIÇÃO TÉCNICA –</p> <p>CLORPROMAZINA 5 MG/ML</p> <p>– SOLUÇÃO INJETÁVEL</p> <p>NOME DO PRODUTO: CLORPROMAZINA 5 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL</p> <p>APRESENTAÇÃO: AMPOLAS DE 2 ML OU 5 ML (CONFORME DISPONIBILIDADE DO FABRICANTE).</p> <p>COMPOSIÇÃO E CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO</p> <p>CADA ML CONTÉM CLORPROMAZINA 5 MG.</p> <p>EXCIPIENTES ADEQUADOS PARA ESTABILIZAÇÃO DA SOLUÇÃO INJETÁVEL.</p> <p>SOLUÇÃO LÍMPIDA, ESTÉRIL, APIROGÊNICA, ISENTA DE PARTÍCULAS VISÍVEIS.</p> <p>EMBALAGEM UNITÁRIA (AMPOLA) EM VIDRO OU PLÁSTICO APROPRIADO PARA USO PARENTERAL.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO</p> <p>MEDICAMENTO ANTIPSICÓTICO DO GRUPO DAS FENOTIAZINAS, INDICADO PARA:</p> <p>CONTROLE DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA E QUADROS DE AGRESSIVIDADE.</p> <p>TRATAMENTO DE NÁUSEAS E VÔMITOS INTENSOS, INCLUSIVE DE ORIGEM MEDICAMENTOSA.</p> <p>MANEJO EMERGENCIAL DE SINTOMAS PSICÓTICOS QUANDO INDICADO.</p> <p>SEDAÇÃO PRÉVIA A PROCEDIMENTOS, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.</p> <p>USO EM AMBIENTE HOSPITALAR, UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO E SERVIÇOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA.</p> <p>VIAS DE ADMINISTRAÇÃO</p> <p>INTRAMUSCULAR (IM)</p> <p>INTRAVENOSA (IV) (ADMINISTRAR LENTAMENTE, CONFORME PROTOCOLO)</p> <p>REQUISITOS MÍNIMOS PARA FORNECIMENTO</p> <p>PRODUTO DEVE POSSUIR REGISTRO ATIVO NA ANVISA, COMO MEDICAMENTO INJETÁVEL.</p> <p>EMBALAGEM SECUNDÁRIA DEVE CONTER:</p> <p>NOME DO MEDICAMENTO;</p> <p>CONCENTRAÇÃO;</p> <p>FORMA FARMACÊUTICA;</p> <p>VOLUME DA AMPOLA;</p> <p>NÚMERO DO LOTE;</p> <p>DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE;</p>	<p>BQ</p> <p>BQ EST CRISTALIA</p>	AM	600,000	2,290	1.374,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114


PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>FABRICANTE E CNPJ;</p> <p>MODO DE CONSERVAÇÃO.</p> <p>AMPOLAS DEVEM APRESENTAR SISTEMA DE ABERTURA SEGURA, SEM DANOS OU VAZAMENTOS.</p> <p>VALIDADE MÍNIMA DE 24 MESES A PARTIR DA DATA DA ENTREGA.</p> <p>PRODUTO DEVE SER ENTREGUE EM SUA EMBALAGEM ORIGINAL, ÍNTEGRA E LACRADA.</p> <p>CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO</p> <p>MANTER AO ABRIGO DE LUZ E CALOR, EM TEMPERATURA AMBIENTE (15–30°C) OU CONFORME ORIENTAÇÃO DO FABRICANTE.</p>				
00034	00009691	<p>LOTE: SORO FISIOLÓGICO 250ML.SIS.FEC - SORO FISIOLÓGICO 250ML.SIS.FEC SORO FISIOLÓGICO 0,9% – SOLUÇÃO INJETÁVEL – 250 ML – SISTEMA FECHADO DE BOLSA</p> <p style="text-align: right; color: blue; font-weight: bold;">NC</p> <p style="text-align: right; color: red; font-size: 2em;">✓</p> <p>DESCRIÇÃO: SOLUÇÃO DE CLORETO DE SÓDIO A 0,9%, APRESENTADA SOB A FORMA DE SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, LÍMPIDA, INCOLOR E APIROGÊNICA, ACONDICIONADA EM BOLSA PLÁSTICA FLEXÍVEL DE 250 ML, CONSTITUÍDA EM SISTEMA FECHADO, SEM COMUNICAÇÃO COM O MEIO EXTERNO, DESTINADA AO USO INTRAVENOSO, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOTADA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>O SISTEMA FECHADO DE BOLSAS DEVERÁ PERMITIR A ADMINISTRAÇÃO SEGURA DA SOLUÇÃO, REDUZINDO O RISCO DE CONTAMINAÇÃO MICROBIOLÓGICA, ENTRADA DE AR E EVENTOS ADVERSOS, SENDO COMPATÍVEL COM EQUIPOS DE INFUSÃO PADRÃO, COM PONTOS DE ACESSO DEVIDAMENTE SELADOS, INVOLÁVEIS E IDENTIFICADOS.</p> <p>O PRODUTO DEVERÁ POSSUIR REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, COM ROTULAGEM ADEQUADA, BULA OFICIAL E EMBALAGEM QUE ASSEGURE A ESTERILIDADE, ESTABILIDADE, QUALIDADE E RASTREABILIDADE, ATENDENDO ÀS ESPECIFICAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA (EDIÇÃO VIGENTE).</p> <p>COMPOSIÇÃO: CADA 250 ML CONTÉM CLORETO DE SÓDIO 0,9%, CORRESPONDENTE A 2,25 G DE CLORETO DE SÓDIO, EM VEÍCULO ESTÉRIL Q.S.P. 250 ML.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA HIDRATAÇÃO E MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO HIDROELETROLÍTICO, REPOSIÇÃO DE FLUIDOS, DILUIÇÃO E RECONSTITUIÇÃO DE MEDICAMENTOS E OUTRAS APLICAÇÕES COMPATÍVEIS COM SOLUÇÕES PARENTERAIS, CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS E PADRONIZAÇÃO INSTITUCIONAL.</p> <p>VALIDADE: O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>EMBALAGEM E TRANSPORTE: O PRODUTO DEVERÁ SER ACONDICIONADO EM EMBALAGEM PRIMÁRIA ESTÉRIL, FLEXÍVEL, ATÓXICA E INVOLÁVEL, PRÓPRIA PARA SOLUÇÕES PARENTERAIS, EM SISTEMA FECHADO, E EMBALAGEM SECUNDÁRIA QUE ASSEGURE PROTEÇÃO CONTRA LUZ, UMIDADE, CONTAMINAÇÕES E DANOS FÍSICOS.</p> <p>AS EMBALAGENS DEVERÃO ATENDER ÀS EXIGÊNCIAS DA FARMACOPEIA BRASILEIRA, DA RDC ANVISA Nº 658/2022 (BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO DE MEDICAMENTOS), DA RDC ANVISA Nº 45/2012 (ROTULAGEM DE MEDICAMENTOS) E DEMAIS NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES.</p>	UN	12000,000	4,850	58.200,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO EM CONFORMIDADE COM AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS, MANTENDO CONDIÇÕES ADEQUADAS DE CONSERVAÇÃO E INTEGRIDADE DO SISTEMA FECHADO, EVITANDO PERFURAÇÕES, IMPACTOS, CONGELAMENTO OU EXPOSIÇÃO A TEMPERATURAS EXTREMAS QUE POSSAM COMPROMETER A QUALIDADE, SEGURANÇA E EFICÁCIA DO PRODUTO.</p> <p>ARACTERÍSTICAS DA EMBALAGEM – SISTEMA FECHADO DE BOLSA</p> <p>A SOLUÇÃO DEVERÁ SER ACONDICIONADA EM BOLSA PLÁSTICA FLEXÍVEL, CONFECCIONADA EM EMBALAGEM TRILAMINADA, TRANSPARENTE, PERMITINDO A INSPEÇÃO VISUAL DO CONTEÚDO QUANTO À PRESENÇA DE PARTÍCULAS, TURVAÇÃO OU ALTERAÇÕES FÍSICO-QUÍMICAS.</p> <p>A BOLSA DEVERÁ POSSUIR:</p> <p>DOIS BICOS IGUAIS, DEVIDAMENTE SELADOS, DESTINADOS À INTRODUÇÃO DO EQUIPO DE INFUSÃO E À INTRODUÇÃO DE AGULHA, GARANTINDO VERSATILIDADE DE USO E MANUTENÇÃO DO SISTEMA FECHADO;</p> <p>LACRE PROTETOR INVIOLÁVEL NOS PONTOS DE ACESSO, ASSEGURANDO A ESTERILIDADE DO PRODUTO ATÉ O MOMENTO DO USO;</p> <p>MATERIAL ATÓXICO, APIROGÊNICO E COMPATÍVEL COM SOLUÇÕES PARENTERAIS, SEM LIBERAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS QUE COMPROMETAM A QUALIDADE DA SOLUÇÃO;</p> <p>VEDAÇÃO ADEQUADA QUE IMPEÇA VAZAMENTOS, ENTRADA DE AR OU CONTAMINAÇÃO EXTERNA DURANTE O ARMAZENAMENTO, TRANSPORTE E USO.</p>				
00035	00009692	<p>LOTE: SORO FISIOLÓGICO 500ML.SIS.FEC - SORO FISIOLÓGICO 500ML.SIS.FEC SORO FISIOLÓGICO 0,9% – SOLUÇÃO INJETÁVEL – 500 ML – SISTEMA FECHADO DE BOLSA</p> <p style="text-align: right;"></p> <p>DESCRIÇÃO: SOLUÇÃO DE CLORETO DE SÓDIO A 0,9%, APRESENTADA SOB A FORMA DE SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, LÍMPIDA, INCOLOR E APIROGÊNICA, ACONDICIONADA EM BOLSA PLÁSTICA FLEXÍVEL DE 500 ML, CONSTITUÍDA EM SISTEMA FECHADO, SEM COMUNICAÇÃO COM O MEIO EXTERNO, DESTINADA AO USO INTRAVENOSO, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOTADA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>O PRODUTO DEVERÁ POSSUIR REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, COM ROTULAGEM ADEQUADA, BULA OFICIAL E EMBALAGEM QUE ASSEGURE A ESTERILIDADE, ESTABILIDADE, QUALIDADE E RASTREABILIDADE, ATENDENDO ÀS ESPECIFICAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA (EDIÇÃO VIGENTE).</p> <p>COMPOSIÇÃO: CADA 500 ML CONTÉM CLORETO DE SÓDIO 0,9%, CORRESPONDENTE A 4,5 G DE CLORETO DE SÓDIO, EM VEÍCULO ESTÉRIL Q.S.P. 500 ML.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA HIDRATAÇÃO E MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO HIDROELETROLÍTICO, REPOSIÇÃO DE FLUIDOS, DILUIÇÃO E RECONSTITUIÇÃO DE MEDICAMENTOS, BEM COMO OUTRAS APLICAÇÕES COMPATÍVEIS COM SOLUÇÕES PARENTERAIS, CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS E PADRONIZAÇÃO INSTITUCIONAL.</p> <p>VALIDADE: O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>EMBALAGEM – SISTEMA FECHADO: A SOLUÇÃO DEVERÁ SER ACONDICIONADA EM EMBALAGEM TRILAMINADA, TRANSPARENTE, PERMITINDO A INSPEÇÃO VISUAL DO CONTEÚDO. A BOLSA DEVERÁ POSSUIR:</p>	UN	20000,000	6,490	129.800,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>DOIS BICOS IGUAIS, DEVIDAMENTE SELADOS, DESTINADOS À INTRODUÇÃO DO EQUIPO DE INFUSÃO E À INTRODUÇÃO DE AGULHA;</p> <p>LACRE PROTETOR INVIOLÁVEL NOS PONTOS DE ACESSO, ASSEGURANDO A MANUTENÇÃO DA ESTERILIDADE ATÉ O MOMENTO DO USO;</p> <p>MATERIAL ATÓXICO, APIROGÊNICO E COMPATÍVEL COM SOLUÇÕES PARENTERAIS, GARANTINDO SEGURANÇA DURANTE A ADMINISTRAÇÃO;</p> <p>VEDAÇÃO EFICAZ QUE IMPEÇA VAZAMENTOS, ENTRADA DE AR OU CONTAMINAÇÃO EXTERNA.</p> <p>TRANSPORTE: O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO EM CONFORMIDADE COM AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS, MANTENDO CONDIÇÕES ADEQUADAS DE CONSERVAÇÃO E INTEGRIDADE DO SISTEMA FECHADO, EVITANDO PERFURAÇÕES, IMPACTOS, CONGELAMENTO OU EXPOSIÇÃO A TEMPERATURAS EXTREMAS QUE POSSAM COMPROMETER A QUALIDADE, SEGURANÇA E EFICÁCIA DO PRODUTO.</p>				
00036	00009693	<p>LOTE: SORO GLICOFISIOLOGICO 500ML. - SORO GLICOFISIOLOGICO 500ML. SORO GLICOFISIOLOGICO (GLICOSE 5% + CLORETO DE SÓDIO 0,9%) – SOLUÇÃO INJETÁVEL 500 ML – SISTEMA FECHADO DE BOLSA</p> <p>NC ✓</p> <p>DESCRIÇÃO: SOLUÇÃO GLICOFISIOLOGICA, COMPOSTA POR GLICOSE A 5% ASSOCIADA A CLORETO DE SÓDIO A 0,9%, APRESENTADA SOB A FORMA DE SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, LÍMPIDA, INCOLOR A LEVEMENTE AMARELADA, APIROGÊNICA, ACONDICIONADA EM BOLSA PLÁSTICA FLEXÍVEL DE 500 ML, CONSTITUÍDA EM SISTEMA FECHADO, SEM COMUNICAÇÃO COM O MEIO EXTERNO, DESTINADA AO USO INTRAVENOSO, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOTADA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>O PRODUTO DEVERÁ POSSUIR REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, COM ROTULAGEM ADEQUADA, BULA OFICIAL E EMBALAGEM QUE ASSEGURE A ESTERILIDADE, ESTABILIDADE, QUALIDADE E RASTREABILIDADE, ATENDENDO ÀS ESPECIFICAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA (EDIÇÃO VIGENTE).</p> <p>COMPOSIÇÃO: CADA 500 ML CONTÉM:</p> <p>GLICOSE 5%: 25 G</p> <p>CLORETO DE SÓDIO 0,9%: 4,5 G EM VEÍCULO ESTÉRIL Q.S.P. 500 ML.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA HIDRATAÇÃO E MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO HIDROELETROLÍTICO, FORNECIMENTO DE CARBOIDRATOS, REPOSIÇÃO DE FLUIDOS, BEM COMO PARA DILUIÇÃO E RECONSTITUIÇÃO DE MEDICAMENTOS, CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS E PADRONIZAÇÃO INSTITUCIONAL.</p> <p>VALIDADE: O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>EMBALAGEM – SISTEMA FECHADO: A SOLUÇÃO DEVERÁ SER ACONDICIONADA EM EMBALAGEM TRILAMINADA, TRANSPARENTE, PERMITINDO A INSPEÇÃO VISUAL DO CONTEÚDO. A BOLSA DEVERÁ POSSUIR:</p> <p>DOIS BICOS IGUAIS, DEVIDAMENTE SELADOS, DESTINADOS À INTRODUÇÃO DO EQUIPO DE INFUSÃO E À INTRODUÇÃO DE AGULHA;</p> <p>LACRE PROTETOR INVIOLÁVEL NOS PONTOS DE ACESSO, ASSEGURANDO A MANUTENÇÃO DA ESTERILIDADE ATÉ O MOMENTO DO USO;</p>	UN	20000,000	7,060	141.200,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114


PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>MATERIAL ATÓXICO, APIROGÊNICO E COMPATÍVEL COM SOLUÇÕES PARENTERAIS;</p> <p>VEDAÇÃO EFICAZ QUE IMPEÇA VAZAMENTOS, ENTRADA DE AR OU CONTAMINAÇÃO EXTERNA.</p> <p>TRANSPORTE: O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO EM CONFORMIDADE COM AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS, MANTENDO CONDIÇÕES ADEQUADAS DE CONSERVAÇÃO E INTEGRIDADE DO SISTEMA FECHADO, EVITANDO IMPACTOS, PERFURAÇÕES, CONGELAMENTO OU EXPOSIÇÃO A TEMPERATURAS EXTREMAS QUE POSSAM COMPROMETER A QUALIDADE, SEGURANÇA E EFICÁCIA DO PRODUTO.</p>				
00037	00009888	<p>LOTE: REPELENTE AEROSOL - REPELENTE AEROSOL REPELENTE AEROSOL PARA INSETOS – FRASCO 150 ML</p> <p style="text-align: center; color: blue; font-size: 2em;">NT </p> <p>DESCRIÇÃO: REPELENTE DE INSETOS EM AEROSOL, APRESENTADO EM FRASCO CONTENDO 150 ML, COM FRAGRÂNCIA SUAVE, DESTINADO AO USO TÓPICO. PRODUTO FORMULADO PARA PROPORCIONAR AÇÃO REPELENTE EFICAZ CONTRA MOSQUITOS, INCLUINDO O Aedes Aegypti, TRANSMISSOR DA DENGUE, ZIKA VÍRUS E CHIKUNGUNYA.</p> <p>PRODUTO INDICADO PARA USO COMO EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) PARA AGENTES DE ENDEMIAS E OUTROS PROFISSIONAIS EXPOSTOS A AMBIENTES COM PRESENÇA DE INSETOS VETORES, CONFORME NORMAS DE SAÚDE OCUPACIONAL. O PRODUTO DEVERÁ SER ATÓXICO, QUANDO UTILIZADO CONFORME AS INSTRUÇÕES DO FABRICANTE, E POSSUIR REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, EM CONFORMIDADE COM A RDC ANVISA Nº 19/2013, OU OUTRA QUE VENHA A SUBSTITUI-LA, QUE REGULAMENTA OS PRODUTOS REPELENTE DE INSETOS DE USO TÓPICO, QUANTO À SEGURANÇA, EFICÁCIA, ROTULAGEM E REGULARIZAÇÃO SANITÁRIA.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA A PROTEÇÃO INDIVIDUAL DE AGENTES DE ENDEMIAS E DEMAIS PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM ATIVIDADES EXTERNAS OU EM ÁREAS COM RISCO DE EXPOSIÇÃO A INSETOS VETORES, CONTRIBUINDO PARA A PREVENÇÃO DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS, DE ACORDO COM PROTOCOLOS INSTITUCIONAIS E NORMAS DE SEGURANÇA DO TRABALHO.</p> <p>VALIDADE: O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>EMBALAGEM E TRANSPORTE: O PRODUTO DEVERÁ SER ACONDICIONADO EM EMBALAGEM PRIMÁRIA TIPO AEROSOL, RESISTENTE E SEGURA, COM VÁLVULA QUE ASSEGURE APLICAÇÃO UNIFORME E EVITE VAZAMENTOS, E EMBALAGEM SECUNDÁRIA QUE PROTEJA CONTRA LUZ, UMIDADE E DANOS FÍSICOS. AS EMBALAGENS DEVERÃO ATENDER ÀS NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES DA ANVISA, INCLUINDO A RDC Nº 19/2013, CONTENDO IDENTIFICAÇÃO CLARA E LEGÍVEL DO PRODUTO, COMPOSIÇÃO, PRINCÍPIO ATIVO, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, PRAZO DE VALIDADE, MODO DE USO, ADVERTÊNCIAS E DEMAIS INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS.</p> <p>O TRANSPORTE DEVERÁ SEGUIR AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS COSMÉTICOS, OBSERVADAS AS REGRAS ESPECÍFICAS PARA PRODUTOS AEROSÓIS, EVITANDO EXPOSIÇÃO A CALOR EXCESSIVO, CHAMAS, IMPACTOS OU CONDIÇÕES QUE COMPROMETAM A SEGURANÇA, A QUALIDADE E A EFICÁCIA DO PRODUTO.</p>	UN	500,000	14,090	7.045,00
00038	00011209	<p>LOTE: CLORIDRATO DE CICLOPENTOLATO 1 - CLORIDRATO DE CICLOPENTOLATO 1</p> <p>DESCRIÇÃO TÉCNICA CICLOPENTOLATO 1% (COLÍRIO)</p> <p style="text-align: center; color: blue; font-size: 2em;">NC CRISTALIA NF </p> <p>CLORIDRATO DE CICLOPENTOLATO 1% – SOLUÇÃO OFTÁLMICA</p>	VD	15,000	12,770	191,55

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>APRESENTAÇÃO: FRASCO GOTEJADOR ESTÉRIL COM 5 ML</p> <p>DESCRIÇÃO E COMPOSIÇÃO: SOLUÇÃO OFTÁLMICA ESTÉRIL CONTENDO CLORIDRATO DE CICLOPENTOLATO 1%, VEÍCULO APROPRIADO, CONSERVANTES COMPATÍVEIS E ISENTA DE PARTÍCULAS VISÍVEIS. PRODUTO DE USO TÓPICO OCULAR.</p> <p>FINALIDADE: INDICADO PARA INDUÇÃO DE MIDRIASE E CICLOPLEGIA PARA EXAMES DIAGNÓSTICOS (FUNDO DE OLHO, RETINOSCOPIA, AVALIAÇÃO REFRACTIONAL) E COMO AUXILIAR TERAPÊUTICO EM CONDIÇÕES INFLAMATÓRIAS OCULARES QUANDO INDICADO PELO MÉDICO.</p> <p>REQUISITOS TÉCNICOS MÍNIMOS: CONCENTRAÇÃO: 1%. SOLUÇÃO ESTÉRIL, LIVRE DE PIROGÊNIOS E CONTAMINANTES. FRASCO GOTEJADOR COM SISTEMA DE GOTA CONTROLADA, LACRADO E COM TAMPA DE SEGURANÇA. PRODUTO DEVE POSSUIR REGISTRO ATIVO NA ANVISA. ROTULAGEM DEVE INCLUIR: NOME DO PRINCÍPIO ATIVO, CONCENTRAÇÃO, LOTE, VALIDADE, FABRICANTE, INSTRUÇÕES DE USO E CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO. VALIDADE MÍNIMA DE 24MESES A CONTAR DA DATA DE ENTREGA. ESTABILIDADE EM TEMPERATURA AMBIENTE (15–30°C). CONDIÇÕES DE ENTREGA: EMBALAGEM ÍNTEGRA, LACRADA, ORIGINAL DO FABRICANTE. TRANSPORTE ADEQUADO CONFORME NORMAS SANITÁRIAS PARA PRODUTOS FARMACÊUTICOS.</p>				
00039	00011781	<p>LOTE: RINGER C/ LACTATO 500 ML. - RINGER C/ LACTATO 500 ML. RINGER COM LACTATO – SOLUÇÃO INJETÁVEL – FRASCO/BOLSA 500 ML</p> <p style="text-align: center;">NC </p> <p>DESCRIÇÃO: SOLUÇÃO RINGER COM LACTATO, APRESENTADA SOB A FORMA DE SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, LÍMPIDA E INCOLOR, ACONDICIONADA EM FRASCO OU BOLSA CONTENDO 500 ML, DESTINADA AO USO INTRAVENOSO, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOTADA PELA REDE DE SAÚDE. TRATA-SE DE SOLUÇÃO ELETROLÍTICA COMPOSTA POR CLORETO DE SÓDIO, CLORETO DE POTÁSSIO, CLORETO DE CÁLCIO E LACTATO DE SÓDIO, INDICADA PARA REPOSIÇÃO HIDROELETROLÍTICA. O PRODUTO DEVERÁ POSSUIR REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, COM ROTULAGEM ADEQUADA, BULA OFICIAL E EMBALAGEM QUE ASSEGURE A INTEGRIDADE, ESTABILIDADE E RASTREABILIDADE DURANTE O ARMAZENAMENTO, TRANSPORTE E USO. INDICAÇÃO DE USO:INDICADO PARA REPOSIÇÃO DE LÍQUIDOS E ELETRÓLITOS, MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO HIDROELETROLÍTICO, CORREÇÃO DE ACIDOSE METABÓLICA LEVE E COMO FLUIDO DE REPOSIÇÃO EM SITUAÇÕES DE DESIDRATAÇÃO, CHOQUE, QUEIMADURAS, PERDAS GASTROINTESTINAIS E NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO, CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS E A PADRONIZAÇÃO ANTERIOR ADOTADA PELOS</p>	UN	800,000	5,750	4.600,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
 CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		SERVIÇOS DE SAÚDE. VALIDADE:O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE. EMBALAGEM E TRANSPORTE: O PRODUTO DEVERÁ SER ACONDICIONADO EM EMBALAGEM PRIMÁRIA ESTÉRIL, RESISTENTE, COMPATÍVEL COM SISTEMAS DE INFUSÃO INTRAVENOSA, ASSEGURANDO PROTEÇÃO CONTRA CONTAMINAÇÕES, VAZAMENTOS E DANOS FÍSICOS, E EM EMBALAGEM SECUNDÁRIA QUE PRESERVE SUA INTEGRIDADE DURANTE O MANUSEIO E TRANSPORTE. AS EMBALAGENS DEVERÃO ATENDER ÀS EXIGÊNCIAS DA FARMACOPEIA BRASILEIRA E ÀS NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES, CONTENDO IDENTIFICAÇÃO CLARA E LEGÍVEL DO PRODUTO, COMPOSIÇÃO, VOLUME, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, PRAZO DE VALIDADE, VIA DE ADMINISTRAÇÃO E DEMAIS INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS. O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO EM CONFORMIDADE COM AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS FARMACÉUTICOS, MANTENDO AS CONDIÇÕES ADEQUADAS DE CONSERVAÇÃO, EVITANDO EXPOSIÇÃO A TEMPERATURAS EXTREMAS, CONGELAMENTO, LUZ EXCESSIVA OU IMPACTOS QUE POSSAM COMPROMETER A QUALIDADE, A SEGURANÇA E A EFICÁCIA DA SOLUÇÃO. RDCS DA ANVISA APLICÁVEIS AO RINGER COM LACTATO, E É PRÁTICA CORRETA CITÁ-LAS NO CORPO DA DESCRIÇÃO SEM ENGRESSAR O EDITAL, USANDO A FÓRMULA "OU OUTRA QUE VENHA A SUBSTITUÍ-LA". PARA ESSE PRODUTO, DESTACAM-SE PRINCIPALMENTE: RDC ANVISA Nº 658/2022 – DISPÕE SOBRE AS BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO (BPF) DE MEDICAMENTOS, APLICÁVEL ÀS SOLUÇÕES PARENTERAIS DE GRANDE VOLUME; RDC ANVISA Nº 45/2012 – DISPÕE SOBRE ROTULAGEM DE MEDICAMENTOS; FARMACOPEIA BRASILEIRA (EDIÇÃO VIGENTE) – ESTABELECE OS REQUISITOS OFICIAIS DE QUALIDADE PARA SOLUÇÕES PARENTERAIS, INCLUINDO O RINGER COM LACTATO.				
00040	00011782	LOTE: MANITOL 20%-250ML.SIST.FECHADO - MANITOL 20%-250ML.SIST.FECHADO MANITOL 20% – SOLUÇÃO INJETÁVEL – FRASCO 250 ML – SISTEMA FECHADO DESCRIÇÃO TÉCNICA – PADRÃO PARA LICITAÇÃO 1. NOME DO PRODUTO: MANITOL 20% – SOLUÇÃO INJETÁVEL – SISTEMA FECHADO. 2. FORMA FARMACÉUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, APIROGÊNICA, LÍMPIDA, DE USO INTRAVENOSO. 3. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA: CADA 100 ML CONTÉM: MANITOL 20 G (20%) ÁGUA PARA INJETÁVEIS Q.S.P. PRODUTO ISENTO DE CONSERVANTES. 4. APRESENTAÇÃO: FRASCO DE 250 ML, SISTEMA FECHADO (NÃO NECESSITA PERFURAÇÃO COM AGULHA; POSSUI CONECTOR PRÓPRIO PARA EQUIPO). FRASCOS EM POLIPROPILENO GRAU FARMACÉUTICO, RÍGIDOS E ATÓXICOS. EMBALAGEM SECUNDÁRIA COM IDENTIFICAÇÃO DE LOTE E VALIDADE. 5. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS: PRODUTO ESTÉRIL, APIROGÊNICO, LIVRE DE PARTÍCULAS. SOLUÇÃO CLARA, SEM TURBIDEZ OU PRECIPITADO. SISTEMA FECHADO COM: CONEXÃO SEGURA PARA EQUIPO; VEDAÇÃO ORIGINAL INTACTA; TAMPAS PROTETORAS INVOLÁVEIS. ROTULAGEM COMPLETA CONTENDO: NOME DO PRODUTO E CONCENTRAÇÃO; VIA DE ADMINISTRAÇÃO IV; LOTE, FABRICAÇÃO E VALIDADE; FABRICANTE/CNPJ; NÚMERO DO REGISTRO ANVISA; ARMAZENAMENTO RECOMENDADO.	UN ✓ NC HALEX ISTAR OK	350,000	8,420	2.947,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>MATERIAL ISENTO DE LÁTEX.</p> <p>6. FINALIDADE/INDICAÇÃO: INDICADO PARA: REDUÇÃO DE PRESSÃO INTRACRANIANA; REDUÇÃO DE PRESSÃO INTRAOCULAR; PROMOÇÃO DE DIURESE OSMÓTICA; SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR; USO EXCLUSIVO SOB PRESCRIÇÃO E SUPERVISÃO MÉDICA.</p> <p>7. ARMAZENAMENTO: MANTER ENTRE 15° E 30°C. NÃO CONGELAR (RISCO DE CRISTALIZAÇÃO). EM CASO DE CRISTALIZAÇÃO, SEGUIR ORIENTAÇÕES DO FABRICANTE QUANTO À RECONSTITUIÇÃO CONTROLADA.</p> <p>8. NORMAS E GARANTIAS: PRODUTO COM REGISTRO ATIVO NA ANVISA. PRODUZIDO SOB BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO (BPF). VALIDADE MÍNIMA OBRIGATÓRIA: 18 MESES NO ATO DA ENTREGA. RASTREABILIDADE COMPLETA DO LOTE.</p> <p>9. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: ENTREGA EM LOTES UNIFORMES (TODOS OS FRASCOS DA REMESSA DO MESMO LOTE). EMBALAGENS ÍNTEGRAS, LACRADAS E SEM QUALQUER VIOLAÇÃO. SUBSTITUIÇÃO IMEDIATA EM CASO DE VAZAMENTO, CRISTALIZAÇÃO, TURBIDEZ OU INCONFORMIDADE. NOTA FISCAL CONTENDO LOTE, VALIDADE, FABRICANTE E QUANTIDADE. FORNECEDOR DEVE GARANTIR REGULARIDADE E CONTINUIDADE DE FORNECIMENTO.</p>				
00041	00013788	<p>LOTE: ACIDO ACETICO 2% - ACIDO ACETICO 2% DESCRIÇÃO DO PRODUTO – ÁCIDO ACÉTICO 2% (1 LITRO)</p> <p style="text-align: center;">NC ✓</p> <p>ÁCIDO ACÉTICO 2% (SOLUÇÃO AQUOSA A 2%), DE GRAU ANALÍTICO OU LABORATORIAL, DESTINADO A PROCEDIMENTOS DE LIMPEZA, DESINFECÇÃO QUÍMICA E USO EM ANÁLISES CONFORME PROTOCOLO ESTABELECIDO PELA UNIDADE REQUISITANTE.</p> <p>ACONDICIONADO EM FRASCO PLÁSTICO RÍGIDO DE 1 LITRO, RESISTENTE E OPACO (PREFERENCIALMENTE PEAD) OU VIDRO , COM TAMPA ROSQUEÁVEL E LACRE DE SEGURANÇA.</p> <p>CARACTERÍSTICAS OBRIGATÓRIAS:</p> <p>CONCENTRAÇÃO: SOLUÇÃO AQUOSA DE ÁCIDO ACÉTICO 2% P/P.</p> <p>APARÊNCIA: SOLUÇÃO LÍMPIDA, INCOLOR, LIVRE DE PARTÍCULAS OU PRECIPITADOS.</p> <p>PH COMPATÍVEL COM ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA DO FABRICANTE PARA SOLUÇÃO A 2%.</p> <p>EMBALAGEM: FRASCO COM ROTULAGEM COMPLETA CONTENDO NOME DO PRODUTO, CONCENTRAÇÃO, NÚMERO DE LOTE, VALIDADE, FABRICANTE, DATA DE FABRICAÇÃO E ADVERTÊNCIAS DE SEGURANÇA.</p> <p>VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES NA DATA DA ENTREGA.</p> <p>PRODUTO DEVE ATENDER ÀS NORMAS VIGENTES DA ANVISA E ABNT APLICÁVEIS AO MANUSEIO E ARMAZENAMENTO DE REAGENTES QUÍMICOS.</p> <p>ARMAZENAMENTO RECOMENDADO: LOCAL FRESCO, AO ABRIGO DA LUZ E CALOR, EM RECIPIENTE HERMETICAMENTE FECHADO.</p>	LT	4,000	36,240	144,96

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		INDICAÇÕES DE USO: PROCESSOS DE LIMPEZA ESPECÍFICA, ANÁLISES LABORATORIAIS, PREPARO DE SOLUÇÕES E OUTROS PROCEDIMENTOS AUTORIZADOS CONFORME PROTOCOLOS DA UNIDADE DE SAÚDE.				
00042	00014453	<p>LOTE: SORO GLICOSADO 500ML 5%-S.FEC. - SORO GLICOSADO 500ML 5%-S.FEC. SORO GLICOSADO 5% – SOLUÇÃO INJETÁVEL – 500 ML – SISTEMA FECHADO DE BOLSA</p> <p style="text-align: right; font-size: 2em; color: blue;">NC</p> <p>DESCRIÇÃO: SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%, APRESENTADA SOB A FORMA DE SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, LÍMPIDA, INCOLOR A LEVEMENTE AMARELADA, APIROGÊNICA, ACONDICIONADA EM BOLSA PLÁSTICA FLEXÍVEL DE 500 ML, CONSTITUÍDA EM SISTEMA FECHADO, SEM COMUNICAÇÃO COM O MEIO EXTERNO, DESTINADA AO USO INTRAVENOSO, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOTADA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>O PRODUTO DEVERÁ POSSUIR REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, COM RÓTULAGEM ADEQUADA, BULA OFICIAL E EMBALAGEM QUE ASSEGURE A ESTERILIDADE, ESTABILIDADE, QUALIDADE E RASTREABILIDADE, ATENDENDO ÀS ESPECIFICAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA (EDIÇÃO VIGENTE).</p> <p>COMPOSIÇÃO: CADA 500 ML CONTÉM:</p> <p>GLICOSE 5%: 25 G EM VEÍCULO ESTÉRIL Q.S.P. 500 ML.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA HIDRATAÇÃO, FORNECIMENTO DE CARBOIDRATOS, PREVENÇÃO E CORREÇÃO DE HIPOGLICEMIA, BEM COMO PARA VEÍCULO/DILUIÇÃO DE MEDICAMENTOS, CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS E PADRONIZAÇÃO INSTITUCIONAL.</p> <p>VALIDADE: O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>EMBALAGEM – SISTEMA FECHADO: A SOLUÇÃO DEVERÁ SER ACONDICIONADA EM EMBALAGEM TRILAMINADA, TRANSPARENTE, PERMITINDO A INSPEÇÃO VISUAL DO CONTEÚDO QUANTO À PRESENÇA DE PARTÍCULAS OU ALTERAÇÕES FÍSICO-QUÍMICAS. A BOLSA DEVERÁ POSSUIR:</p> <p>DOIS BICOS IGUAIS, DEVIDAMENTE SELADOS, DESTINADOS À INTRODUÇÃO DO EQUIPO DE INFUSÃO E À INTRODUÇÃO DE AGULHA; LACRE PROTETOR INVIOLÁVEL NOS PONTOS DE ACESSO, ASSEGURANDO A MANUTENÇÃO DA ESTERILIDADE ATÉ O MOMENTO DO USO; MATERIAL ATÓXICO, APIROGÊNICO E COMPATÍVEL COM SOLUÇÕES PARENTERAIS; VEDAÇÃO EFICAZ QUE IMPEÇA VAZAMENTOS, ENTRADA DE AR OU CONTAMINAÇÃO EXTERNA.</p> <p>TRANSPORTE: O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO EM CONFORMIDADE COM AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS, MANTENDO CONDIÇÕES ADEQUADAS DE CONSERVAÇÃO E INTEGRIDADE DO SISTEMA FECHADO, EVITANDO IMPACTOS, PERFURAÇÕES, CONGELAMENTO OU EXPOSIÇÃO A TEMPERATURAS EXTREMAS QUE POSSAM COMPROMETER A QUALIDADE, SEGURANÇA E EFICÁCIA DO PRODUTO.</p>	UN	2000,000	5,770	11.540,00
00043	00014454	<p>LOTE: DESLANOSÍDEO 0,2MG/ML INJETAV. - DESLANOSÍDEO 0,2MG/ML INJETAV.</p> <p>DESCRIÇÃO TÉCNICA – DESLANOSÍDIO 0,2 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL</p> <p style="text-align: right; font-size: 2em; color: blue;">BQ </p> <p>NOME DO PRODUTO: DESLANOSÍDEO – SOLUÇÃO INJETÁVEL</p>	AM	300,000	2,770	831,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		CONCENTRAÇÃO: 0,2 MG/ML APRESENTAÇÃO: AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA 1 ML OU 2 ML (CONFORME DISPONIBILIDADE DO FABRICANTE). COMPOSIÇÃO DESLANOSÍDEO 0,2 MG/ML VEÍCULO ESTÉRIL APROPRIADO SOLUÇÃO LÍMPIDA, ESTÉRIL E APIROGÊNICA INDICAÇÃO DE USO MEDICAMENTO CARDIOTÔNICO INDICADO PARA: TRATAMENTO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA AGUDA CONTROLE DE TAQUIARRITMIAS SUPRAVENTRICULARES, COMO FIBRILAÇÃO E FLUTTER ATRIAL SITUAÇÕES EMERGENCIAIS QUE REQUEIRAM AÇÃO RÁPIDA DOS DIGITÁLICOS USO RESTRITO EM AMBIENTE HOSPITALAR E SOB SUPERVISÃO MÉDICA. VIAS DE ADMINISTRAÇÃO INTRAVENOSA (IV) ADMINISTRAÇÃO LENTA, CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS E PRESCRIÇÃO PROFISSIONAL. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS SOLUÇÃO ESTÉRIL, APIROGÊNICA E ISENTA DE PARTÍCULAS AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA APROPRIADO PARA USO PARENTERAL EMBALAGEM INDIVIDUAL ÍNTEGRA, LACRADA E DEVIDAMENTE IDENTIFICADA PRODUTO DEVE POSSUIR REGISTRO ATIVO NA ANVISA VALIDADE MÍNIMA DE 24 MESES A PARTIR DA ENTREGA ROTULAGEM COMPLETA CONTENDO: NOME DO MEDICAMENTO CONCENTRAÇÃO				

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>LOTE, FABRICAÇÃO E VALIDADE</p> <p>NÚMERO DO REGISTRO ANVISA</p> <p>FABRICANTE E CNPJ</p> <p>CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO</p> <p>CONDIC, O-ES DE ARMAZENAMENTO</p> <p>CONSERVAR EM TEMPERATURA AMBIENTE (15 °C A 30 °C)</p> <p>PROTEGER DA LUZ E DA UMIDADE</p>				
00044	00017343	<p>LOTE: PLACA HIDROCOLOIDE 20X20 - PLACA HIDROCOLOIDE 20X20 PLACA DE HIDROCOLOIDE 20 X 20 CM</p> <p style="text-align: center; color: blue; font-size: 2em;">NT</p> <p style="text-align: center; color: red; font-size: 2em;">✓</p> <p>DESCRIÇÃO: CURATIVO ESTÉRIL TIPO PLACA DE HIDROCOLOIDE, MEDINDO 20 X 20 CM, COMPOSTO POR AGENTES HIDROCOLOIDES QUE PROMOVEM AMBIENTE ÚMIDO CONTROLADO, FAVORECENDO O PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO. PRODUTO DE USO TÓPICO, FLEXÍVEL, AUTOADESIVO, COM CAMADA EXTERNA SEMIPERMEÁVEL, RESISTENTE À ÁGUA E À PENETRAÇÃO BACTERIANA, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOPTADA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE. O PRODUTO DEVERÁ POSSUIR REGISTRO VIGENTE NA ANVISA.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA O TRATAMENTO DE FERIDAS SUPERFICIAIS OU DE ESPESSURA PARCIAL, COM EXSUDAÇÃO LEVE A MODERADA, TAIS COMO ÚLCERAS POR PRESSÃO (ESTÁGIOS I E II), ÚLCERAS VENOSAS, FERIDAS CIRÚRGICAS, ABRASÕES, LESÕES TRAUMÁTICAS E QUEIMADURAS SUPERFICIAIS, PROPORCIONANDO PROTEÇÃO, MANUTENÇÃO DO AMBIENTE ÚMIDO E ESTÍMULO À CICATRIZAÇÃO, CONFORME PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS E PADRONIZAÇÃO ANTERIOR.</p> <p>VALIDADE: O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>EMBALAGEM E TRANSPORTE: O PRODUTO DEVERÁ SER ACONDICIONADO EM EMBALAGEM INDIVIDUAL ESTÉRIL, COM EMBALAGEM SECUNDÁRIA QUE ASSEGURE PROTEÇÃO CONTRA UMIDADE, CONTAMINAÇÕES E DANOS FÍSICOS, PRESERVANDO SUA INTEGRIDADE, ADESIVIDADE E ESTERILIDADE ATÉ O MOMENTO DO USO. AS EMBALAGENS DEVERÃO ATENDER ÀS NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES E ÀS EXIGÊNCIAS DA ANVISA, CONTENDO IDENTIFICAÇÃO CLARA E LEGÍVEL DO PRODUTO, DIMENSÕES, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, PRAZO DE VALIDADE, MÉTODO DE ESTERILIZAÇÃO E INSTRUÇÕES DE USO.</p> <p>O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO EM CONFORMIDADE COM AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS PARA SAÚDE, GARANTINDO A MANUTENÇÃO DAS CONDIÇÕES ADEQUADAS DE CONSERVAÇÃO, EVITANDO EXPOSIÇÃO A TEMPERATURAS INADEQUADAS, UMIDADE EXCESSIVA, COMPRESSÃO OU IMPACTOS QUE POSSAM COMPROMETER A QUALIDADE, A SEGURANÇA E A EFICÁCIA DO PRODUTO.</p>	UN	1000,000	35,180	35.180,00
00045	00017951	<p>LOTE: GLICERINA 12%-500ML C/SONDA RE - GLICERINA 12%-500ML C/SONDA RE DESCRIÇÃO TÉCNICA – GLICERINA 12% – 500 ML – COM SONDA RETAL</p> <p style="text-align: center; color: blue; font-size: 2em;">CZ</p> <p style="text-align: center; color: red; font-size: 2em;">✓</p> <p>PRODUTO: SOLUÇÃO DE GLICERINA 12% APRESENTAÇÃO: FRASCO COM 500 ML, ACOMPANHADO DE SONDA RETAL ESTÉRIL FORMA FARMACÉUTICA: SOLUÇÃO LÍQUIDA</p>	UN	1000,000	8,240	8.240,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>USO: RETAL (ENEMA/ENTEROCLISMA) TIPO: PRODUTO PARA SAÚDE E INSUMO HOSPITALAR REGISTRO: PRODUTO DEVE POSSUIR REGISTRO OU NOTIFICAÇÃO ATIVA NA ANVISA</p> <p>INDICAÇÃO DO PRODUTO: A GLICERINA 12% É INDICADA PARA: AÇÕES LAXATIVAS E EVACUATÓRIAS, FACILITANDO A ELIMINAÇÃO DAS FEZES; PREPARAÇÃO INTESTINAL EM PROCEDIMENTOS MÉDICOS, EXAMES OU PRÉ-OPERATÓRIOS; ALÍVIO DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL EM AMBIENTE HOSPITALAR OU AMBULATORIAL. ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS EXIGIDAS: SOLUÇÃO DE GLICERINA 12%, PURA, LÍMPIDA, HOMOGÊNEA E SEM PRECIPITADOS. FORMULAÇÃO ATÓXICA, NÃO IRRITANTE E ADEQUADA PARA USO RETAL. FRASCO PLÁSTICO RESISTENTE, SELADO, COM TAMPA ROSQUEÁVEL OU FLIP-TOP. ACOMPANHA Sonda RETAL ESTÉRIL, DE USO ÚNICO, EMBALAGEM INDIVIDUAL E IDENTIFICAÇÃO DO CALIBRE (GERALMENTE 10, 12 OU 14 FR, CONFORME FABRICANTE). PRODUTO DEVE APRESENTAR: NOME DO PRODUTO LOTE DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE NÚMERO DE REGISTRO/NOTIFICAÇÃO ANVISA COMPOSIÇÃO FABRICANTE E CNPJ VALIDADE MÍNIMA DE 18 MESES NA DATA DA ENTREGA. EMBALAGENS PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA ÍNTEGRAS, LIVRES DE DANOS, VAZAMENTOS OU CONTAMINAÇÃO. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: PRODUTO ENTREGUE LACRADO, SEM AVARIAS, RACHADURAS OU SUJIDADES. SONDAS DEVEM ESTAR ESTÉREIS E EM EMBALAGEM INDIVIDUAL INVIOADA. TRANSPORTE SEGUINDO BOAS PRÁTICAS DE DISTRIBUIÇÃO E ARMAZENAMENTO. ARMAZENAMENTO EM LOCAL FRESCO, PROTEGIDO DA LUZ E UMIDADE.</p>				
00046	00017963	<p>LOTE: RETINOL+AMINOACIDOS+METIONINA - RETINOL+AMINOACIDOS+METIONINA RETINOL + AMINOÁCIDOS + METIONINA + CLORANFENICOL – POMADA OFTÁLMICA – BISNAGA 3,5 G</p> <p>NC CRISTALIA NF ✓</p> <p>DESCRIÇÃO: MEDICAMENTO APRESENTADO SOB A FORMA DE POMADA OFTÁLMICA ESTÉRIL, EM BISNAGA CONTENDO 3,5 G, DE USO OFTÁLMICO TÓPICO, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOTADA PELA REDE DE SAÚDE. FORMULAÇÃO CONTENDO COMO PRINCÍPIOS ATIVOS: VITAMINA A (RETINOL), AMINOÁCIDOS, METIONINA E CLORANFENICOL, ASSOCIANDO AÇÃO ANTIBIÓTICA E CICATRIZANTE/REGENERADORA DO EPITÉLIO OCULAR.</p> <p>O PRODUTO DEVERÁ POSSUIR REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, SER ACONDICIONADO EM EMBALAGEM ADEQUADA, COM BULA OFICIAL, ROTULAGEM LEGÍVEL E CONDIÇÕES QUE ASSEGUREM A INTEGRIDADE, ESTERILIDADE, ESTABILIDADE E RASTREABILIDADE DURANTE O ARMAZENAMENTO, TRANSPORTE E USO.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA O TRATAMENTO DE INFECÇÕES OCULARES SUPERFICIAIS CAUSADAS POR MICRORGANISMOS SENSÍVEIS AO CLORANFENICOL, ASSOCIADAS A LESÕES, IRRITAÇÕES OU ALTERAÇÕES DO EPITÉLIO OCULAR, AUXILIANDO NA REGENERAÇÃO DOS TECIDOS E NA MANUTENÇÃO DA INTEGRIDADE DA SUPERFÍCIE OCULAR, CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS E PADRONIZAÇÃO ANTERIOR ADOTADA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>VALIDADE: O MEDICAMENTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU</p>	TB	50,000	16,480	824,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>EMBALAGEM E TRANSPORTE: O MEDICAMENTO DEVERÁ SER ACONDICIONADO EM EMBALAGEM PRIMÁRIA APROPRIADA PARA USO OFTÁLMICO, GARANTINDO ESTERILIDADE, PROTEÇÃO CONTRA LUZ, UMIDADE E CONTAMINAÇÕES, E EM EMBALAGEM SECUNDÁRIA QUE ASSEGURE PROTEÇÃO CONTRA DANOS FÍSICOS. AS EMBALAGENS DEVERÃO ATENDER ÀS EXIGÊNCIAS DA FARMACOPEIA BRASILEIRA E ÀS NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES, CONTENDO IDENTIFICAÇÃO CLARA DO PRODUTO, COMPOSIÇÃO, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, PRAZO DE VALIDADE, VIA DE ADMINISTRAÇÃO E DEMAIS INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS.</p> <p>O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO EM CONFORMIDADE COM AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS, MANTENDO AS CONDIÇÕES ADEQUADAS DE CONSERVAÇÃO, EVITANDO EXPOSIÇÃO A TEMPERATURAS INADEQUADAS OU QUAISQUER CONDIÇÕES QUE POSSAM COMPROMETER A QUALIDADE, A ESTERILIDADE E A EFICÁCIA DO MEDICAMENTO.</p>				
00047	00017965	<p>LOTE: ISOSSORBIDA 10MG/ML INJETAVEL - ISOSSORBIDA 10MG/ML INJETAVEL ISOSSORBIDA 10 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL DESCRIÇÃO TÉCNICA – PADRÃO PARA LICITAÇÃO</p> <p style="text-align: center; color: blue; font-size: 2em;">BQ </p> <p>1. NOME DO PRODUTO: ISOSSORBIDA 10 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL.</p> <p>2. FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, APIROGÊNICA, LÍMPIDA E DE USO ÚNICO.</p> <p>3. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA: CADA ML CONTÉM: ISOSSORBIDA 10 MG (MONONITRATO OU DINITRATO, CONFORME REGISTRO ANVISA). EXCIPIENTES ESTÉREIS Q.S.P.</p> <p>4. APRESENTAÇÃO: AMPOLAS DE 2 ML OU 5 ML. EMBALADAS EM CAIXAS COM 10, 25 OU 50 AMPOLAS, CONFORME FABRICANTE. AMPOLAS DE VIDRO OU POLIPROPILENO FARMACÊUTICO, COM SISTEMA OPC (ONE POINT CUT) OU QUEBRA FACILITADA.</p> <p>5. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS: PRODUTO ESTÉRIL, APIROGÊNICO, LIVRE DE PARTÍCULAS. SOLUÇÃO TRANSPARENTE, INCOLOR OU LEVEMENTE AMARELADA. ROTULAGEM COMPLETA CONTENDO: NOME DO FÁRMACO E CONCENTRAÇÃO; VIA DE ADMINISTRAÇÃO; LOTE;</p>	AM	200,000	4,130	826,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>FABRICAÇÃO;</p> <p>VALIDADE;</p> <p>FABRICANTE E CNPJ;</p> <p>REGISTRO ANVISA.</p> <p>ISENTO DE LÁTEX.</p> <p>6. FINALIDADE/INDICAÇÃO: INDICADO PARA:</p> <p>TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE ANGINA;</p> <p>INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA;</p> <p>VASODILATAÇÃO VENOSA EM SITUAÇÕES CLÍNICAS ORIENTADAS POR MÉDICO;</p> <p>USO HOSPITALAR E EMERGENCIAL.</p> <p>7. ARMAZENAMENTO:</p> <p>TEMPERATURA AMBIENTE (15°C A 30°C) OU CONFORME FABRICANTE.</p> <p>PROTEGER DA LUZ, CALOR E UMIDADE.</p> <p>8. NORMAS E GARANTIAS:</p> <p>PRODUTO COM REGISTRO REGULAR NA ANVISA.</p> <p>FABRICADO CONFORME BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO (BPF).</p> <p>VALIDADE MÍNIMA DE 18 MESES NO ATO DA ENTREGA.</p> <p>PRODUTO DEVE POSSUIR RASTREABILIDADE COMPLETA.</p> <p>9. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO:</p> <p>ENTREGA EM LOTES UNIFORMES (MESMO LOTE DENTRO DE CADA ENTREGA).</p> <p>EMBALAGENS ÍNTEGRAS, LACRADAS E SEM VIOLAÇÃO.</p> <p>SUBSTITUIÇÃO IMEDIATA EM CASO DE AVARIAS OU INCONFORMIDADES.</p> <p>ENTREGA ACOMPANHADA DE NOTA FISCAL COM LOTE, VALIDADE E FABRICANTE.</p> <p>O FORNECEDOR DEVERÁ GARANTIR REGULARIDADE NO ABASTECIMENTO E DISPONIBILIDADE CONTÍNUA DURANTE A VIGÊNCIA CONTRATUAL.</p>				
		LOTE: INDICADORES BIOLÓGICOS - INDICADORES BIOLÓGICOS	UN	1000,000	18,600	18.600,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
00048	00018684	<p>DESCRIÇÃO PARA LICITAÇÃO – INDICADOR BIOLÓGICO PARA MONITORAMENTO DE ESTERILIZAÇÃO</p> <p style="text-align: right; color: blue; font-size: 2em;">NT </p> <p>DENOMINAÇÃO: INDICADOR BIOLÓGICO PARA MONITORAMENTO DE PROCESSOS DE ESTERILIZAÇÃO APRESENTAÇÃO: AMPOLA OU FRASCO-TESTE CONTENDO ESPOROS BACTERIANOS PADRONIZADOS, DE USO ÚNICO. TIPO: INDICADOR BIOLÓGICO PARA VALIDAÇÃO E MONITORAMENTO DE CICLOS DE ESTERILIZAÇÃO. APLICAÇÃO: ESTERILIZAÇÃO POR VAPOR SATURADO (AUTOCLAVE) OU CONFORME MÉTODO ESCOLHIDO PELA SECRETARIA. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS: INDICADOR BIOLÓGICO CONTENDO ESPOROS DE GEOBACILLUS STEAROTHERMOPHILUS, ESPECÍFICO PARA MONITORAMENTO DE ESTERILIZAÇÃO A VAPOR (121°C – 134°C), COM RESISTÊNCIA TÉRMICA COMPROVADA. (CASO DESEJADO OUTRO TIPO — COMO ÓXIDO DE ETILENO OU PLASMA — POSSO AJUSTAR.) UNIDADE DE TESTE PRONTA PARA USO, CONTENDO MEIO DE CULTURA INTEGRADO OU AMPOLA QUE PERMITA LEITURA APÓS INCUBAÇÃO. SENSIBILIDADE ADEQUADA PARA DETECÇÃO DE FALHAS NO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO. TEMPO DE INCUBAÇÃO CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE, PODENDO SER DE LEITURA RÁPIDA (1H A 4H) OU CONVENCIONAL (24H A 48H). CADA UNIDADE DEVE POSSUIR IDENTIFICAÇÃO COMPLETA: LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, VALIDADE, TIPO DE INDICADOR E MÉTODO COMPATÍVEL. VALIDADE MÍNIMA DE 18 MESES A CONTAR DA DATA DE ENTREGA. PRODUTO DEVE POSSUIR REGISTRO ATIVO NA ANVISA PARA USO EM SERVIÇOS DE SAÚDE. ARMAZENAMENTO CONFORME RECOMENDAÇÃO DO FABRICANTE, EM TEMPERATURA AMBIENTE CONTROLADA. INDICAÇÃO DE USO: MONITORAMENTO ROTINEIRO, PERIÓDICO E DE VALIDAÇÃO DE CICLOS DE ESTERILIZAÇÃO. INDICADO PARA AUTOCLAVES E CENTRAIS DE MATERIAL ESTÉRIL (CME), AMBULATÓRIOS, HOSPITAIS E UNIDADES DE SAÚDE. VERIFICAÇÃO DA EFICIÊNCIA DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE POSSÍVEIS FALHAS OPERACIONAIS OU MECÂNICAS. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: ENTREGA EM EMBALAGENS ORIGINAIS DE FÁBRICA, LACRADAS E ÍNTEGRAS. PRODUTO DEVE SER DE RECENTE FABRICAÇÃO E MANTENDO INTEGRIDADE DOS ESPOROS E FRASCOS DE TESTE. ENTREGA OBRIGATORIAMENTE EM LOTES UNIFORMES: TODAS AS UNIDADES DEVEM PERTENCER AO MESMO LOTE E TER A MESMA VALIDADE, SALVO JUSTIFICATIVA TÉCNICA ACEITA PELA SECRETARIA. O TRANSPORTE DEVE ASSEGURAR CONDIÇÕES ADEQUADAS DE ARMAZENAMENTO, SEM EXPOSIÇÃO A CALOR EXCESSIVO OU UMIDADE. ENTREGA DEVERÁ SER REALIZADA NO ENDEREÇO INDICADO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, DENTRO DOS PRAZOS ESTIPULADOS. MATERIAL SUJEITO À CONFERÊNCIA E PODERÁ SER REJEITADO CASO APRESENTE DIVERGÊNCIA DE LOTE, VALIDADE, ROTULAGEM OU INTEGRIDADE.</p>				
00049	00018697	<p>LOTE: REFIL ALCOOL GEL 800ML - REFIL ALCOOL GEL 800ML</p> <p style="text-align: right; color: blue; font-size: 2em;">NT </p> <p>REFIL DE ÁLCOOL GEL 70% – 800 ML – PARA DISPENSER</p> <p>DESCRIÇÃO: REFIL DE ÁLCOOL GEL 70% (V/V), SEM AROMA, EM FRASCO DE 800 ML, PRÓPRIO PARA DISPENSER, COM BICO DOSEADOR DE BORRACHA. PRODUTO EM GEL, ANTISSÉPTICO PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS, FORMULADO PARA USO INSTITUCIONAL E DE SAÚDE, ATENDENDO ÀS NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES E EXIGÊNCIAS DE REGULARIZAÇÃO DA ANVISA PARA PRODUTOS À BASE DE ÁLCOOL DESTINADOS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE OU A EMPRESAS E INSTITUIÇÕES. CONFORME ORIENTAÇÃO TÉCNICA DA AGÊNCIA, PRODUTOS ANTISSÉPTICOS PARA MÃOS À BASE DE ÁLCOOL 70% COM DESTINAÇÃO EXCLUSIVA PARA ASSISTÊNCIA À SAÚDE OU INSTITUIÇÕES FABRICADOS SOB AS REGRAS ESPECÍFICAS PREVISTAS NA RDC 691/22. SERVIÇOS E INFORMAÇÕES DO BRASIL</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA HIGIENIZAÇÃO ANTISSÉPTICA DAS MÃOS, REDUZINDO CARGA MICROBIANA EM AMBIENTES DE SAÚDE, ADMINISTRATIVOS, DE CIRCULAÇÃO COLETIVA OU QUALQUER ÁREA INSTITUCIONAL ONDE SE REQUEIRA CONTROLE DE INFECÇÃO. IDEAL PARA UTILIZAÇÃO POR PROFISSIONAIS E PÚBLICO EM GERAL QUANDO NÃO HÁ ÁGUA E SABÃO DISPONÍVEIS, EM CONFORMIDADE COM PROTOCOLOS DE BIOSSEGURANÇA E PADRONIZAÇÃO INSTITUCIONAL.</p> <p>VALIDADE:</p>	UN	200,000	18,740	3.748,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>DEVE APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADO A PARTIR DA DATA DE RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>EMBALAGEM E TRANSPORTE:</p> <p>EMBALAGEM PRIMÁRIA: FRASCO RESISTENTE, COMPATÍVEL COM DISPENSER, EQUIPADO COM BICO DOSEADOR DE BORRACHA, QUE ASSEGURE VEDAÇÃO EFICIENTE, FACILIDADE DE ACOPLAMENTO E CONTROLE DE DOSAGEM, MINIMIZANDO VAZAMENTOS E DESPERDÍCIO.</p> <p>EMBALAGEM SECUNDÁRIA: PROTEÇÃO CONTRA LUZ, UMIDADE E DANOS FÍSICOS, PRESERVANDO A QUALIDADE E ESTABILIDADE DO PRODUTO DURANTE ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE.</p> <p>TRANSPORTE: DEVE SEGUIR BOAS PRÁTICAS APLICÁVEIS A PRODUTOS SANEANTES OU DE HIGIENE, MANTENDO CONDIÇÕES ADEQUADAS DE CONSERVAÇÃO; EVITAR TEMPERATURAS EXTREMAS, FONTES DE CALOR E IMPACTOS QUE COMPROMETAM SEGURANÇA, INTEGRIDADE OU EFICÁCIA.</p> <p>OBSERVAÇÕES TÉCNICAS COMPLEMENTARES:</p> <p>A CONCENTRAÇÃO DE ÁLCOOL 70% É A BASE TÉCNICA COMUM PARA ANTISSEPZIA DE MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE E INSTITUIÇÕES, CONFORME OS MARCOS REGULATÓRIOS CITADOS ACIMA.</p> <p>A AUSÊNCIA DE FRAGRÂNCIA ATENDE A DEMANDAS DE USO INSTITUCIONAL E PROFISSIONAIS SENSÍVEIS A AROMAS, ALÉM DE REDUZIR RISCO DE IRRITAÇÃO EM AMBIENTES DE ALTA FREQUÊNCIA DE USO.</p> <p>O BICO DOSEADOR DE BORRACHA FACILITA REPOSIÇÃO EM DISPENSERS PADRONIZADOS E PODE CONTRIBUIR PARA MAIOR DURABILIDADE DO REFIL E CONTROLE DE CONSUMO.</p>				
00050	00021408	<p>LOTE: ADENOSINA 6MG/2ML INJ - ADENOSINA 6MG/2ML INJ</p> <p>DESCRIÇÃO DO PRODUTO –</p> <p>ADENOSINA 6 MG/2 ML SOLUÇÃO INJETÁVEL</p> <p>ADENOSINA 6 MG/2 ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, APIROGÊNICA, DE USO INTRAVENOSO, APRESENTADA EM AMPOLA DE VIDRO RESISTENTE, DE DOSE ÚNICA, PARA USO HOSPITALAR E EM PRONTO ATENDIMENTO.</p> <p>COMPOSIÇÃO:</p> <p>CADA AMPOLA CONTÉM 6 MG DE ADENOSINA POR 2 ML DE SOLUÇÃO (3 MG/ML).</p> <p>VEÍCULO: SOLUÇÃO AQUOSA ESTÉRIL PARA INJEÇÃO.</p> <p>CARACTERÍSTICAS OBRIGATÓRIAS:</p> <p>VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAVENOSA (IV) EM BOLUS RÁPIDO.</p> <p>INDICAÇÃO: TRATAMENTO DE TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXÍSTICA (TSVP), CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS.</p> <p>PRODUTO DEVE SER ESTÉRIL, TRANSPARENTE, INCOLOR, LIVRE DE PARTÍCULAS E PRECIPITADOS.</p>	AM	200,000	12,060	2.412,00

OK



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>EMBALAGEM PRIMÁRIA: AMPOLA DE DOSE ÚNICA, COM IDENTIFICAÇÃO CLARA DE LOTE, CONCENTRAÇÃO, VALIDADE E FABRICANTE.</p> <p>EMBALAGEM SECUNDÁRIA CONTENDO BULA COM INFORMAÇÕES TÉCNICAS COMPLETAS.</p> <p>VALIDADE MÍNIMA DE 24 MESES NO ATO DA ENTREGA</p> <p>PRODUTO REGISTRADO E APROVADO PELA ANVISA.</p> <p>ACONDICIONAMENTO: CAIXAS COM PROTEÇÃO CONTRA LUZ, CONFORME ORIENTAÇÃO DO FABRICANTE.</p> <p>DEVE ATENDER ÀS NORMAS E LEGISLAÇÕES SANITÁRIAS VIGENTES PARA MEDICAMENTOS INJETÁVEIS.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO PELA UNIDADE: PRONTO ATENDIMENTO, EMERGÊNCIA E PROTOCOLOS DE ESTABILIZAÇÃO CARDIOVASCULAR.</p>				
00051	00025399	<p>LOTE: TIRAS REAGENTES - TIRAS REAGENTES TIRAS REAGENTES PARA MEDIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR – EMBALAGEM COM 50 UNIDADES</p> <p style="text-align: right; font-size: 2em; color: blue;">NC </p> <p>DESCRIÇÃO: TIRAS REAGENTES PARA USO EM MEDIDORES DIGITAIS DE GLICEMIA (GLICOSÍMETROS), DESTINADAS À DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DA GLICEMIA CAPILAR EM AMOSTRAS DE SANGUE TOTAL, POR MEIO DE LEITURA ELETROQUÍMICA OU MÉTODO EQUIVALENTE. AS TIRAS DEVERÃO SER COMPATÍVEIS EXCLUSIVAMENTE COM GLICOSÍMETROS DA MESMA MARCA, GARANTINDO PRECISÃO, CONFIABILIDADE E RASTREABILIDADE DOS RESULTADOS, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOTADA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR FAIXA DE LEITURA MÍNIMA IGUAL OU INFERIOR A 20 MG/DL, COM SENSIBILIDADE E EXATIDÃO DE LEITURA EM CONFORMIDADE COM AS NORMAS VIGENTES, SENDO ADEQUADO PARA USO EM ATENÇÃO BÁSICA, URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES DIABÉTICOS.</p> <p>AS TIRAS DEVERÃO SER FORNECIDAS EM EMBALAGEM CONTENDO 50 (CINQUENTA) UNIDADES, DEVIDAMENTE ACONDICIONADAS PARA PRESERVAÇÃO DA ESTABILIDADE E DESEMPENHO ANALÍTICO.</p> <p>EXIGÊNCIA VINCULADA AO FORNECIMENTO: O FORNECEDOR VENCEDOR DO REGISTRO DE PREÇOS DEVERÁ FORNECER GRATUITAMENTE OS MEDIDORES DE GLICEMIA (GLICOSÍMETROS), DA MESMA MARCA DAS TIRAS REAGENTES, EM QUANTIDADE SUFICIENTE PARA O ABASTECIMENTO E FUNCIONAMENTO ADEQUADO DE TODAS AS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO, SEM ÔNUS ADICIONAL À ADMINISTRAÇÃO, GARANTINDO PLENA UTILIZAÇÃO DAS TIRAS FORNECIDAS. (SEM IMPOSIÇÃO DA EMPRESA DE REGIME DE COMODATO DOS APARELHOS).</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA A PESQUISA E MONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR, AUXILIANDO NO DIAGNÓSTICO, CONTROLE E ACOMPANHAMENTO DO DIABETES MELLITUS, CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).</p> <p>CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS: TIRAS REAGENTES PARA GLICOSÍMETROS DIGITAIS; FAIXA DE LEITURA MÍNIMA = 20 MG/DL; SENSIBILIDADE E PRECISÃO COMPATÍVEIS COM NORMAS TÉCNICAS VIGENTES;</p>	CX	3000,000	75,650	226.950,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114


PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>LEITURA RÁPIDA E CONFIÁVEL;</p> <p>USO COM PEQUENA AMOSTRA DE SANGUE CAPILAR;</p> <p>PRODUTO DE USO ÚNICO;</p> <p>EMBALAGEM COM 50 UNIDADES.</p> <p>REGULARIZAÇÃO SANITÁRIA: PRODUTO REGULARIZADO COMO PRODUTO PARA DIAGNÓSTICO IN VITRO (IVD), COM REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, ATENDENDO À RDC Nº 751/2022, QUE DISPÕE SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, REGULARIZAÇÃO, ROTULAGEM E PÓS-MERCADO DE PRODUTOS PARA DIAGNÓSTICO IN VITRO, BEM COMO À RDC Nº 36/2015, QUE ESTABELECE AS BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO DE PRODUTOS PARA DIAGNÓSTICO IN VITRO, E DEMAIS NORMAS SANITÁRIAS APLICÁVEIS, GARANTINDO QUALIDADE, SEGURANÇA, DESEMPENHO ANALÍTICO E RASTREABILIDADE.</p> <p>VALIDADE: AS TIRAS REAGENTES DEVERÃO APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>EMBALAGEM E TRANSPORTE: AS TIRAS DEVERÃO SER ACONDICIONADAS EM EMBALAGEM PRIMÁRIA RESISTENTE, HERMETICAMENTE FECHADA, PROTEGIDA CONTRA UMIDADE, LUZ E CONTAMINAÇÕES, E EMBALAGEM SECUNDÁRIA ADEQUADA PARA TRANSPORTE.</p> <p>O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO EM CONFORMIDADE COM AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS PARA DIAGNÓSTICO IN VITRO, MANTENDO CONDIÇÕES ADEQUADAS DE CONSERVAÇÃO, DE MODO A PRESERVAR A ESTABILIDADE, PRECISÃO E DESEMPENHO DO PRODUTO ATÉ O USO FINAL.</p>				
00052	00025428	<p>LOTE: GLUCONATO DE CALCIO-10%-FR10ML - GLUCONATO DE CALCIO-10%-FR10ML DESCRIÇÃO PARA LICITAÇÃO – GLUCONATO DE CÁLCIO 10% – AMPOLA 10 ML</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: blue;">NC HALEX</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: red;">NF ✓</p> <p>DENOMINAÇÃO: GLUCONATO DE CÁLCIO 10% – SOLUÇÃO INJETÁVEL APRESENTAÇÃO: AMPOLA DE 10 ML CONCENTRAÇÃO: 10% (EQUIVALENTE A 100 MG/ML DE CÁLCIO GLUCONATO) FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL, LÍMPIDA, INCOLOR A LEVEMENTE AMARELADA, ESTÉRIL E APIROGÊNICA. VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAVENOSA LENTA.</p> <p>CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS:</p> <p>SOLUÇÃO INJETÁVEL DE GLUCONATO DE CÁLCIO A 10%, TOTALMENTE LÍMPIDA, SEM PARTÍCULAS, SEDIMENTOS OU TURVAÇÃO.</p> <p>AMPOLAS DE 10 ML FABRICADAS EM MATERIAL RESISTENTE E ESTÉRIL, QUE GARANTA A INTEGRIDADE E ESTABILIDADE DO PRODUTO.</p> <p>EMBALAGEM PRIMÁRIA COM ROTULAGEM CLARA E COMPLETA CONTENDO: NOME DO PRODUTO, CONCENTRAÇÃO, VOLUME, VIA DE ADMINISTRAÇÃO, NÚMERO DE LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE.</p> <p>VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE ENTREGA.</p> <p>PRODUTO DEVE POSSUIR REGISTRO ATIVO NA ANVISA, ATENDENDO ÀS NORMAS DA FARMACOPEIA BRASILEIRA E LEGISLAÇÕES SANITÁRIAS VIGENTES.</p> <p>ARMAZENAMENTO CONFORME RECOMENDAÇÃO DO FABRICANTE, EM TEMPERATURA AMBIENTE CONTROLADA.</p>	UN	400,000	2,700	1.080,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>INDICAÇÃO DE USO:</p> <p>TRATAMENTO DE HIPOCALCEMIA AGUDA;</p> <p>CONTROLE DE TETANIA DECORRENTE DE HIPOCALCEMIA;</p> <p>ANTÍDOTO EM INTOXICAÇÃO POR SAIS DE MAGNÉSIO;</p> <p>USO EMERGENCIAL EM SITUAÇÕES QUE REQUEREM REPOSIÇÃO IMEDIATA DE CÁLCIO.</p> <p>CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO:</p> <p>ENTREGA EM EMBALAGENS ORIGINAIS DE FÁBRICA, LACRADAS E ÍNTEGRAS.</p> <p>PRODUTO DEVE SER DE RECENTE FABRICAÇÃO, SEM SINAIS DE VIOLAÇÃO OU DANIFICAÇÃO.</p> <p>LOTES HOMOGÊNEOS POR ENTREGA, SALVO INDISPONIBILIDADE DEVIDAMENTE JUSTIFICADA.</p> <p>O FORNECEDOR DEVERÁ GARANTIR CONDIÇÕES ADEQUADAS DE TRANSPORTE, PRESERVANDO A INTEGRIDADE DO MEDICAMENTO ATÉ O RECEBIMENTO.</p> <p>ENTREGA NO ENDEREÇO INDICADO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, DENTRO DO PRAZO CONTRATUAL OU ESTIPULADO NO PEDIDO.</p> <p>O MATERIAL SERÁ CONFERIDO NO RECEBIMENTO E PODERÁ SER REJEITADO CASO APRESENTE DESCONFORMIDADE TÉCNICA, AVARIAS OU DIVERGÊNCIAS DE LOTE E VALIDADE.</p>				
00053	00031613	<p>LOTE: SULFADIAZINA DE PRATA POMADA - SULFADIAZINA DE PRATA POMADA SULFADIAZINA DE PRATA 1% – POMADA TÓPICA – TUBO 50 G</p> <p style="text-align: center;">CZ </p> <p>DESCRIÇÃO: POMADA TÓPICA ESTÉRIL, CONTENDO SULFADIAZINA DE PRATA A 1%, APRESENTADA EM TUBO DE 50 G, INDICADA PARA USO DERMATOLÓGICO. O PRODUTO DEVERÁ POSSUIR REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, COM ROTULAGEM ADEQUADA, BULA OFICIAL E EMBALAGEM QUE ASSEGURE A QUALIDADE, ESTABILIDADE, SEGURANÇA E RASTREABILIDADE, ATENDENDO ÀS ESPECIFICAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA (EDIÇÃO VIGENTE).</p> <p>COMPOSIÇÃO: CADA 100 G DA POMADA CONTÉM:</p> <p>SULFADIAZINA DE PRATA 1 G (1%), EM BASE DE POMADA ESTÉRIL Q.S.P. 100 G.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA O TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE INFECÇÕES EM QUEIMADURAS DE SEGUNDO E TERCEIRO GRAUS, FERIDAS CUTÂNEAS, ÚLCERAS DE DIFÍCIL CICATRIZAÇÃO E OUTRAS LESÕES DA PELE SUSCETÍVEIS À INFECÇÃO, CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS E PADRONIZAÇÃO INSTITUCIONAL.</p> <p>VALIDADE: O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>EMBALAGEM:</p>	UN	500,000	7,730	3.865,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114


PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>A POMADA DEVERÁ SER ACONDICIONADA EM TUBO METÁLICO OU PLÁSTICO, OPACO, HERMETICAMENTE FECHADO, COM LACRE DE SEGURANÇA, GARANTINDO PROTEÇÃO CONTRA CONTAMINAÇÃO, LUZ E UMIDADE, PRESERVANDO A INTEGRIDADE E A ESTERILIDADE DO PRODUTO ATÉ O MOMENTO DO USO.</p> <p>TRANSPORTE: O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO EM CONFORMIDADE COM AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS, MANTENDO CONDIÇÕES ADEQUADAS DE CONSERVAÇÃO, EVITANDO IMPACTOS, AMASSAMENTOS OU EXPOSIÇÃO A TEMPERATURAS EXTREMAS QUE POSSAM COMPROMETER A QUALIDADE, SEGURANÇA E EFICÁCIA DO MEDICAMENTO.</p>				
00054	00032375	<p>LOTE: AGUA OXIGENADA 10V 100ML - AGUA OXIGENADA 10V 100ML DESCRIÇÃO DO PRODUTO – ÁGUA OXIGENADA 10 VOLUMES (100 ML) NC ✓</p> <p>ÁGUA OXIGENADA 10 VOLUMES (PERÓXIDO DE HIDROGÊNIO 3%), SOLUÇÃO TÓPICA ANTISSEPTICA DE USO EXTERNO, ACONDICIONADA EM ALMOTOLIA PLÁSTICA DE 100 ML, RESISTENTE, OPACA E DE ALTA DURABILIDADE, COM TAMPA ROSQUEÁVEL E BICO APLICADOR QUE PERMITE USO CONTROLADO E SEGURO.</p> <p>COMPOSIÇÃO: PERÓXIDO DE HIDROGÊNIO A 3% (10 VOLUMES), ÁGUA PURIFICADA E ESTABILIZANTES PERMITIDOS PELA LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE.</p> <p>CARACTERÍSTICAS OBRIGATÓRIAS:</p> <p>FINALIDADE: LIMPEZA E ASSEPSIA DE PELE ÍNTEGRA E FERIMENTOS SUPERFICIAIS.</p> <p>VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES NO ATO DA ENTREGA.</p> <p>EMBALAGEM PLÁSTICA RÍGIDA TIPO ALMOTOLIA, COM VEDAÇÃO SEGURA E LACRE DE PROTEÇÃO.</p> <p>RÓTULO CONTENDO: NOME COMERCIAL, CONCENTRAÇÃO, MODO DE USO, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE, NÚMERO DE REGISTRO/ISENÇÃO NA ANVISA E IDENTIFICAÇÃO DO FABRICANTE.</p> <p>PRODUTO ESTÁVEL, INCOLOR E LIVRE DE PARTÍCULAS.</p> <p>ATENDE ÀS NORMAS DA ANVISA E LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE PARA ANTISSEPTICOS DE USO TÓPICO.</p> <p>USO INDICADO PARA UNIDADES DE SAÚDE, PRONTO ATENDIMENTO E PROCEDIMENTOS GERAIS DE ASSEPSIA.</p>	UN	200,000	2,410	482,00
00055	00032380	<p>LOTE: VASILINA LIQUIDA 100ML - VASILINA LIQUIDA 100ML VASELINA LÍQUIDA – FRASCO 100 ML NC ✓</p> <p>DESCRIÇÃO: VASELINA LÍQUIDA (ÓLEO MINERAL), PRODUTO DE USO TÓPICO, APRESENTADA NA FORMA LÍQUIDA, LÍMPIDA, INCOLOR, INODORA E ISENTA DE IMPUREZAS, INDICADA PARA USO FARMACÊUTICO, HOSPITALAR E AMBULATORIAL, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOTADA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>APRESENTAÇÃO: FRASCO CONTENDO 100 ML, DOTADO DE BICO DOSADOR E TAMPA ADAPTÁVEL, QUE PERMITA A DISPENSAÇÃO ADEQUADA DO PRODUTO SEM NECESSIDADE DE CORTE OU PERFURAÇÃO, GARANTINDO PRATICIDADE, SEGURANÇA E CONTROLE DA DOSAGEM.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADA COMO EMOLIENTE, LUBRIFICANTE E AGENTE PROTETOR DA PELE, UTILIZADA NA HIDRATAÇÃO CUTÂNEA, PREVENÇÃO DE RESSECAMENTO, PROTEÇÃO DA PELE ÍNTEGRA, AUXÍLIO EM PROCEDIMENTOS CLÍNICOS E CUIDADOS GERAIS DE ENFERMAGEM, CONFORME</p>	UN	100,000	5,870	587,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>PROTÓCOLOS INSTITUCIONAIS VIGENTES.</p> <p>COMPOSIÇÃO:</p> <p>VASELINA LÍQUIDA (ÓLEO MINERAL) 100%</p> <p>ISENTA DE FRAGRÂNCIAS, CORANTES OU ADITIVOS IRRITANTES.</p> <p>VALIDADE:</p> <p>O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELA ADMINISTRAÇÃO.</p> <p>REGULARIZAÇÃO SANITÁRIA:</p> <p>PRODUTO COM REGISTRO OU NOTIFICAÇÃO VIGENTE NA ANVISA, CONFORME APLICÁVEL, ATENDENDO ÀS EXIGÊNCIAS SANITÁRIAS ESTABELECIDAS PELAS RESOLUÇÕES DA DIRETORIA COLEGIADA (RDC) PERTINENTES, BEM COMO ÀS ESPECIFICAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA VIGENTE, QUANDO APLICÁVEL.</p> <p>EMBALAGEM:</p> <p>ACONDICIONADO EM FRASCO RESISTENTE, COMPATÍVEL COM O PRODUTO, DEVIDAMENTE IDENTIFICADO COM NOME, COMPOSIÇÃO, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, VALIDADE E INSTRUÇÕES DE USO. O SISTEMA DE FECHAMENTO DEVERÁ ASSEGURAR VEDAÇÃO ADEQUADA E PROTEÇÃO CONTRA VAZAMENTOS E CONTAMINAÇÕES.</p> <p>TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO:</p> <p>O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO CONFORME AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE, MANTENDO CONDIÇÕES QUE PRESERVEM A INTEGRIDADE FÍSICO-QUÍMICA DO PRODUTO, PROTEGIDO CONTRA CALOR EXCESSIVO, LUZ DIRETA E DANOS À EMBALAGEM, CONFORME ORIENTAÇÕES DO FABRICANTE E NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES.</p>				
00056	00032919	<p>LOTE: MIDAZOLAN 15MG / 3ML INJ - MIDAZOLAN 15MG / 3ML INJ</p> <p>MIDAZOLAM 15 MG – SOLUÇÃO INJETÁVEL</p> <p>DESCRIÇÃO TÉCNICA – PADRÃO PARA LICITAÇÃO</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: blue;">OK </p> <p>1. NOME DO PRODUTO: MIDAZOLAM 15 MG – SOLUÇÃO INJETÁVEL.</p> <p>2. FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, APIROGÊNICA, LÍMPIDA, PRÓPRIA PARA ADMINISTRAÇÃO INTRAVENOSA (IV) OU INTRAMUSCULAR (IM), CONFORME REGISTRO DO FABRICANTE.</p> <p>3. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA: CADA FRASCO-AMPOLA CONTÉM: MIDAZOLAM 15 MG EXCIPIENTES ESTÉREIS Q.S.P. (CONCENTRAÇÃO POR ML CONFORME APRESENTAÇÃO DO FABRICANTE, GERALMENTE 5 MG/ML.)</p> <p>4. APRESENTAÇÃO: FRASCO-AMPOLA CONTENDO 15 MG TOTAL DE MIDAZOLAM, EM VOLUME DE 3 ML OU 5 ML CONFORME FABRICANTE. MATERIAL EM VIDRO OU POLIPROPILENO GRAU FARMACÊUTICO. TAMPA DE BORRACHA BUTÍLICA E LACRE METÁLICO/PLÁSTICO. EMBALAGEM SECUNDÁRIA COM LOTE E VALIDADE.</p> <p>5. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS: SOLUÇÃO LÍMPIDA, INCOLOR OU LEVEMENTE AMARELADA.</p>	UN	500,000	3,010	1.505,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>PRODUTO ESTÉRIL, APIROGÊNICO E ISENTO DE PARTÍCULAS. ROTULAGEM OBRIGATÓRIA CONTENDO: NOME DO FÁRMACO; CONCENTRAÇÃO E VOLUME TOTAL; VIA DE ADMINISTRAÇÃO (IV/IM); LOTE, FABRICAÇÃO E VALIDADE; FABRICANTE/CNPJ; NÚMERO DO REGISTRO ANVISA. FRASCOS ÍNTEGROS, SEM VAZAMENTOS, FISSURAS OU ALTERAÇÕES. ISENTO DE LÁTEX. 6. FINALIDADE/INDICAÇÃO: INDICADO PARA: SEDAÇÃO CONSCIENTE OU PROFUNDA; INDUÇÃO ANESTÉSICA; SEDAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA E PARA PROCEDIMENTOS; CONTROLE DE AGITAÇÃO E CONVULSÕES EM AMBIENTE HOSPITALAR. USO RESTRITO A PROFISSIONAIS HABILITADOS.</p> <p>7. ARMAZENAMENTO: CONSERVAR ENTRE 15°C E 30°C. PROTEGER DA LUZ. NÃO CONGELAR.</p> <p>8. NORMAS E GARANTIAS: PRODUTO COM REGISTRO ATIVO NA ANVISA. FABRICADO SEGUNDO BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO (BPF). VALIDADE MÍNIMA OBRIGATÓRIA: 18 MESES NO ATO DA ENTREGA. RASTREABILIDADE COMPLETA DOS LOTES.</p> <p>9. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: ENTREGA EM LOTES UNIFORMES (MESMO LOTE POR REMESSA). EMBALAGENS ÍNTEGRAS, LACRADAS E SEM QUALQUER VIOLAÇÃO. SUBSTITUIÇÃO IMEDIATA EM CASO DE TURBIDEZ, PARTÍCULAS, VAZAMENTOS OU INCONFORMIDADE. NOTA FISCAL COM QUANTIDADE, LOTE, VALIDADE E FABRICANTE. FORNECEDOR DEVE GARANTIR REGULARIDADE E CONTINUIDADE DO FORNECIMENTO DURANTE A VIGÊNCIA CONTRATUAL.</p>				
00057	00034573	<p>LOTE: CETOPROFENO 100 MG IV INJ - CETOPROFENO 100 MG IV INJ CETOPROFENO 100 MG – SOLUÇÃO INJETÁVEL IV</p> <p style="text-align: center; font-size: 24px; color: blue;">NC CRISTALIA</p> <p style="text-align: center; font-size: 24px; color: red;">OK ✓</p> <p>DESCRIÇÃO: CETOPROFENO, MEDICAMENTO ANTI-INFLAMATÓRIO NÃO ESTEROIDAL (AINE), COM PROPRIEDADES ANALGÉSICA, ANTI-INFLAMATÓRIA E ANTIPIRÉTICA, APRESENTADO NA FORMA DE SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, NA CONCENTRAÇÃO DE 100 MG, DESTINADO À ADMINISTRAÇÃO INTRAVENOSA (IV), CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E PROTOCOLOS CLÍNICOS VIGENTES.</p> <p>APRESENTAÇÃO: AMPOLA CONTENDO 100 MG DE CETOPROFENO, EM VOLUME CONFORME PADRONIZAÇÃO DO FABRICANTE, PARA USO INTRAVENOSO.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA O TRATAMENTO DA DOR E DE PROCESSOS INFLAMATÓRIOS AGUDOS, INCLUINDO DOR PÓS-OPERATÓRIA, TRAUMÁTICA, MUSCULOESQUELÉTICA E OUTRAS CONDIÇÕES INFLAMATÓRIAS QUE REQUEIRAM ANALGESIA PARENTERAL, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOTADA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>COMPOSIÇÃO:</p>	UN	5000,000	2,350	11.750,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>CADA AMPOLA CONTÉM: CETOPROFENO 100 MG VEÍCULO ESTÉRIL Q.S.P. 1 AMPOLA VALIDADE: O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>REGULARIZAÇÃO SANITÁRIA: MEDICAMENTO COM REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, EM CONFORMIDADE COM A RDC Nº 157/2017 E RDC Nº 301/2019, QUE DISPÕEM SOBRE AS BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO DE MEDICAMENTOS, ATENDENDO ÀS ESPECIFICAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA VIGENTE E DEMAIS NORMAS SANITÁRIAS APLICÁVEIS.</p> <p>EMBALAGEM: ACONDICIONADO EM AMPOLAS DE VIDRO NEUTRO, ÍNTEGRAS, DEVIDAMENTE ROTULADAS, CONTENDO IDENTIFICAÇÃO DO PRINCÍPIO ATIVO, CONCENTRAÇÃO, VIA DE ADMINISTRAÇÃO, NÚMERO DO LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE.</p> <p>TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO: O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO CONFORME AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS, GARANTINDO CONDIÇÕES ADEQUADAS DE TEMPERATURA, PROTEÇÃO CONTRA LUZ E UMIDADE, PRESERVANDO A ESTABILIDADE, ESTERILIDADE E EFICÁCIA DO PRODUTO, EM CONFORMIDADE COM A FARMACOPEIA BRASILEIRA E ORIENTAÇÕES DO FABRICANTE.</p>				
00058	00036682	<p>LOTE: FENTANILA 0,05MG /ML - FENTANILA 0,05MG /ML DESCRIÇÃO TÉCNICA – FENTANILA 0,05 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;">BQ BQ ✓</p> <p>MEDICAMENTO: CITRATO DE FENTANILA (FENTANILA) CONCENTRAÇÃO: 0,05 MG/ML (50 MICROGRAMAS/ML) FORMA FARMACÉUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL APRESENTAÇÃO: AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA COM VOLUME CONFORME FABRICANTE (EX.: 2 ML, 5 ML OU 10 ML) VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAVENOSA, INTRAMUSCULAR (CONFORME INDICAÇÃO CLÍNICA) USO: ADULTO E PEDIÁTRICO TIPO: MEDICAMENTO DE USO HOSPITALAR – CONTROLADO (ENTORPECENTE) INDICAÇÃO DO MEDICAMENTO: A FENTANILA É INDICADA PARA: ANALGÉSICO OPIOIDE POTENTE PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E DIAGNÓSTICOS; ANESTESIA COMO COMPLEMENTO DE AGENTES ANESTÉSICOS GERAIS OU LOCAIS; TRATAMENTO DE DOR AGUDA INTENSA EM AMBIENTE HOSPITALAR; CONTROLE DA DOR EM UTI, VENTILAÇÃO MECÂNICA OU SEDAÇÃO, CONFORME PROTOCOLOS. ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS EXIGIDAS: SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL CONTENDO 0,05 MG DE FENTANILA POR ML. SOLUÇÃO LÍMPIDA, INCOLOR, LIVRE DE PARTÍCULAS VISÍVEIS. EMBALAGEM PRIMÁRIA EM AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA DE VIDRO OU MATERIAL APROPRIADO, RESISTENTE E SEGURO. PRODUTO CLASSIFICADO COMO SUBSTÂNCIA CONTROLADA, DEVENDO CONTER IDENTIFICAÇÃO E ADVERTÊNCIAS LEGAIS ESPECÍFICAS NO RÓTULO. REGISTRO ATIVO NA ANVISA. VALIDADE MÍNIMA DE 18 MESES A PARTIR DA DATA DE ENTREGA. ACOMPANHADO DE BULA ATUALIZADA, CONFORME FARMACOPEIA BRASILEIRA. RÓTULO CONTENDO: NOME DO MEDICAMENTO, CONCENTRAÇÃO, VOLUME, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, VALIDADE, VIA DE ADMINISTRAÇÃO E INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS DE CONTROLE ESPECIAL. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: EMBALAGEM SECUNDÁRIA ÍNTEGRA, SEM VIOLAÇÃO OU AVARIAS. PRODUTO ENTREGUE SEM VAZAMENTOS, SUJIDADES, RACHADURAS OU ALTERAÇÕES DE COR.</p>	UN	500,000	2,590	1.295,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		TRANSPORTE DEVE SEGUIR BOAS PRÁTICAS DE DISTRIBUIÇÃO, ESPECIALMENTE POR SE TRATAR DE SUBSTÂNCIA CONTROLADA. ARMAZENAMENTO EM TEMPERATURA AMBIENTE CONTROLADA, PROTEGIDO DA LUZ, EM LOCAL ESPECÍFICO PARA MEDICAMENTOS DE CONTROLE ESPECIAL.				
00059	00036897	<p>LOTE: CEFTRIAXONA 1 G PO PARA - CEFTRIAXONA 1 G PO PARA</p> <p>DESCRIÇÃO TÉCNICA CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: blue;">CZ</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: red;">✓</p> <p>PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL USO EV/IM**</p> <p>CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G, PÓ ESTÉRIL PARA RECONSTITUIÇÃO, DESTINADO AO PREPARO DE SOLUÇÃO INJETÁVEL PARA ADMINISTRAÇÃO ENDOVENOSA (EV) E INTRAMUSCULAR (IM). ANTIBIÓTICO CEFALOSPORÍNICO DE AMPLO ESPECTRO, DE USO HOSPITALAR.</p> <p>CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS DO PRODUTO:</p> <p>APRESENTAÇÃO: FRASCO-AMPOLA CONTENDO 1 G DE CEFTRIAXONA SÓDICA EM PÓ LIOFILIZADO.</p> <p>PÓ DE COLORAÇÃO BRANCA A AMARELADA, LIVRE DE PARTÍCULAS ESTRANHAS</p> <p>INDICAÇÃO E USO: INDICADO PARA O TRATAMENTO DE INFECÇÕES SENSÍVEIS AO FÁRMACO, CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS VIGENTES. ADMINISTRAÇÃO POR VIA EV (ENDOVENOSA) OU IM (INTRAMUSCULAR).</p> <p>REQUISITOS DE QUALIDADE: PRODUTO ESTÉRIL, ISENTO DE PIROGÊNIOS. DEVE ATENDER ÀS ESPECIFICAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA E/OU FARMACOPÉIAS INTERNACIONAIS RECONHECIDAS. RECONSTITUIÇÃO RÁPIDA E HOMOGÊNEA, SEM FORMAÇÃO DE GRUMOS.</p> <p>EMBALAGEM E ROTULAGEM:</p> <p>ROTULAGEM CONTENDO: NOME DO PRINCÍPIO ATIVO, CONCENTRAÇÃO, LOTE, VALIDADE, FABRICANTE, MODO DE USO, VIAS DE ADMINISTRAÇÃO (EV/IM), CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO.</p>	UN	6000,000	5,460	32.760,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114


PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		VALIDADE MÍNIMA AO RECEBER: 24 MESES. CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO: CONSERVAR EM TEMPERATURA AMBIENTE (15°C A 30°C), PROTEGIDO DA LUZ. REGULAMENTAÇÃO: PRODUTO DEVE POSSUIR REGISTRO VÁLIDO NA ANVISA, CONFORME RDC VIGENTE PARA MEDICAMENTOS INJETÁVEIS.				
00060	00036958	LOTE: DEXAMETASONA 1MG/G CREME - DEXAMETASONA 1MG/G CREME DESCRIÇÃO TÉCNICA – DEXAMETASONA CREME 1 MG/G <div style="text-align: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">OK NC</div> NOME DO PRODUTO: DEXAMETASONA – CREME DERMATOLÓGICO CONCENTRAÇÃO: 1 MG/G NOSSA 10G APRESENTAÇÃO: TUBO DE 20 G OU 30 G (CONFORME DISPONIBILIDADE DO FABRICANTE) COMPOSIÇÃO DEXAMETASONA 1 MG/G BASE CREMOSA DERMATOLOGICAMENTE COMPATÍVEL EXCIPIENTES ADEQUADOS, HIPOALERGÊNICOS E ESTÁVEIS INDICAÇÃO DE USO INDICADO PARA: PROCESSOS INFLAMATÓRIOS DA PELE DERMATITES, ECZEMA, REAÇÕES ALÉRGICAS CUTÂNEAS PICADAS DE INSETOS E INFLAMAÇÕES LEVES CONDIÇÕES QUE RESPONDAM AO USO DE CORTICOSTEROIDE TÓPICO USO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, FARMÁCIAS MUNICIPAIS, AMBULATÓRIOS E AMBIENTES HOSPITALARES.	UN	4000,000	3,480	13.920,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114


PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL	
		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS CREME HOMOGÊNEO, ESTÁVEL, LIVRE DE PARTÍCULAS VISÍVEIS EMBALADO EM TUBO DE ALUMÍNIO OU PLÁSTICO ADEQUADO, COM TAMPAS ROSQUEÁVEL EMBALAGEM SECUNDÁRIA (CAIXA) COM INFORMAÇÕES COMPLETAS PRODUTO PREFERENCIALMENTE DEVE SER GENÉRICO , CONFORME EXIGÊNCIA DO EDITAL DEVE POSSUIR REGISTRO ATIVO NA ANVISA RÓTULO LEGÍVEL COM: NOME DO PRODUTO E CONCENTRAÇÃO LOTE, FABRICAÇÃO E VALIDADE COMPOSIÇÃO NÚMERO DE REGISTRO ANVISA FABRICANTE E CNPJ MODO DE USO E CONSERVAÇÃO PRAZO DE VALIDADE VALIDADE MÍNIMA DE 24 MESES A PARTIR DA DATA DA ENTREGA. CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO CONSERVAR EM TEMPERATURA AMBIENTE (15-30 °C) PROTEGER DA LUZ, CALOR E UMIDADE					
00061	00038300	LOTE: AMIODARONA 50MG/ML INJ. - AMIODARONA 50MG/ML INJ. DESCRIÇÃO DO PRODUTO – AMIODARONA 50 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL, AMPOLA 3 ML AMIODARONA 50 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, APIROGÊNICA, DESTINADA AO USO HOSPITALAR E DE EMERGÊNCIA, APRESENTADA EM AMPOLA DE 3 ML, DE DOSE ÚNICA.		UN	500,000	3,520	1.760,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114


PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>COMPOSIÇÃO:</p> <p>CADA ML CONTÉM 50 MG DE AMIODARONA.</p> <p>CADA AMPOLA CONTÉM 150 MG (3 ML).</p> <p>VEÍCULO: SOLUÇÃO AQUOSA ESTÉRIL COM EXCIPIENTES ADEQUADOS CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE.</p> <p>CARACTERÍSTICAS OBRIGATÓRIAS:</p> <p>APRESENTAÇÃO: AMPOLA DE VIDRO ÂmBAR OU INCOLOR, RESISTENTE E SELADA, DE DOSE ÚNICA.</p> <p>VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAVENOSA (IV) LENTA, CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS.</p> <p>INDICAÇÃO: TRATAMENTO DE ARRITMIAS VENTRICULARES E SUPRAVENTRICULARES EM AMBIENTES HOSPITALARES.</p> <p>PRODUTO ESTÉRIL, APIROGÊNICO, LÍMPIDO, SEM PARTÍCULAS E SEM ALTERAÇÃO DE COR.</p> <p>ROTULAGEM DEVE CONTER: NOME DO MEDICAMENTO, CONCENTRAÇÃO, VOLUME, NÚMERO DE LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, VALIDADE, FABRICANTE E INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS.</p> <p>EMBALAGEM SECUNDÁRIA COM BULA ATUALIZADA.</p> <p>VALIDADE MÍNIMA DE 24 MESES NA DATA DA ENTREGA.</p> <p>DEVE POSSUIR REGISTRO ATIVO NA ANVISA</p> <p>ARMAZENAMENTO: CONFORME RECOMENDAÇÕES DO FABRICANTE, PROTEGIDO DA LUZ E CALOR EXCESSIVO.</p> <p>DEVE ATENDER ÀS NORMAS DA FARMACOPEIA BRASILEIRA E REGULAMENTAÇÕES PARA MEDICAMENTOS INJETÁVEIS.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO PELA UNIDADE: SETORES DE EMERGÊNCIA, PRONTO ATENDIMENTO, UTI E AMBIENTES CRÍTICOS QUE DEMANDAM MEDICAMENTOS PARA CONTROLE RÁPIDO DE ARRITMIAS.</p>				
00062	00038638	<p>LOTE: ACIDO TRANEXAMICO 50MG/ML AMP, - ACIDO TRANEXAMICO 50MG/ML AMP, </p> <p>DESCRIÇÃO DO PRODUTO – ÁCIDO TRANEXÂMICO 50 MG/ML (AMPOLA)</p> <p>ÁCIDO TRANEXÂMICO, SOLUÇÃO INJETÁVEL DE USO HOSPITALAR, APRESENTADO EM AMPOLA DE VIDRO DE DOSE ÚNICA, CONTENDO 50 MG/ML DE PRINCÍPIO ATIVO, DESTINADO AO CONTROLE E PREVENÇÃO DE HEMORRAGIAS EM PROCEDIMENTOS CLÍNICOS E EMERGÊNCIAS.</p> <p>COMPOSIÇÃO:</p>	UN	400,000	5,860	2.344,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114



PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL	
		<p>CADA ML CONTÉM 50 MG DE ÁCIDO TRANEXÂMICO.</p> <p>VEÍCULO: SOLUÇÃO AQUOSA ESTÉRIL PARA INJEÇÃO.</p> <p>CARACTERÍSTICAS OBRIGATÓRIAS:</p> <p>APRESENTAÇÃO: AMPOLA DE DOSE ÚNICA COM 2 ML OU 5 ML (ACEITAR CONFORME PADRÃO DO MERCADO, CASO QUEIRA ESPECIFICO POSSO AJUSTAR).</p> <p>VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAVENOSA (IV) OU INTRAMUSCULAR (IM) CONFORME ORIENTAÇÃO DO FABRICANTE.</p> <p>SOLUÇÃO LÍMPIDA, INCOLOR, LIVRE DE PARTÍCULAS E PRECIPITADOS.</p> <p>PRODUTO ESTÉRIL E APIROGÊNICO, CONFORME NORMAS FARMACÊUTICAS VIGENTES.</p> <p>EMBALAGEM PRIMÁRIA COM ROTULAGEM COMPLETA CONTENDO: NOME DO PRODUTO, CONCENTRAÇÃO, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, VALIDADE E FABRICANTE.</p> <p>EMBALAGEM SECUNDÁRIA CONTENDO INSTRUÇÕES E BULA.</p> <p>VALIDADE MÍNIMA DE 24 MESES NO ATO DA ENTREGA.</p> <p>PRODUTO DEVIDAMENTE REGISTRADO NA ANVISA.</p> <p>ACONDICIONAMENTO EM CAIXA RESISTENTE, PROTEGIDA CONTRA LUZ E VARIAÇÕES DE TEMPERATURA, CONFORME RECOMENDAÇÕES DO FABRICANTE.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO PELA UNIDADE: CONTROLE DE HEMORRAGIAS, CIRURGIAS, SANGRAMENTOS GINECOLÓGICOS, TRAUMAS E PROTOCOLOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA.</p>					
00063	00038748	<p>LOTE: FENITOINA 50 MG/ML INJ. - FENITOINA 50 MG/ML INJ.</p> <p>DESCRIÇÃO TÉCNICA – FENITOÍNA 50 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL</p> <p>MEDICAMENTO: FENITOÍNA SÓDICA (OU CONFORME NOMENCLATURA DO FABRICANTE)</p> <p>CONCENTRAÇÃO: 50 MG/ML</p> <p>VOLUME POR UNIDADE: AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA</p> <p>FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL</p> <p>VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAVENOSA LENTA</p> <p>USO: ADULTO E PEDIÁTRICO</p> <p>TIPO: MEDICAMENTO DE USO HOSPITALAR</p> <p>INDICAÇÃO DO MEDICAMENTO:</p> <p>A FENITOÍNA INJETÁVEL É INDICADA PARA:</p> <p>CONTROLE DE CRISES EPILÉPTICAS, INCLUINDO STATUS EPILEPTICUS;</p> <p>PREVENÇÃO E CONTROLE DE CONVULSÕES DURANTE NEUROCIRURGIAS E NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO;</p> <p>TRATAMENTO DE CRISES CONVULSIVAS EM EMERGÊNCIAS;</p> <p>SITUAÇÕES EM QUE A ADMINISTRAÇÃO ORAL É INVIÁVEL E HÁ NECESSIDADE DE CONTROLE ANTICONVULSIVANTE IMEDIATO.</p> <p>ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS EXIGIDAS:</p> <p>SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL CONTENDO 50 MG DE FENITOÍNA POR ML, EM VOLUME TOTAL DE 5 OU 10 ML DEPENDENDO DO FABRICANTE .</p> <p>SOLUÇÃO LÍMPIDA, INCOLOR A LEVEMENTE AMARELADA, LIVRE DE PARTÍCULAS VISÍVEIS.</p> <p>FORMULAÇÃO DEVE CONTER SOLVENTES APROPRIADOS (EX.: PROPILENOGLICOL E ÁLCOOL ETÍLICO), CONFORME PADRÃO FARMACÊUTICO.</p>		UN	1000,000	2,960	2.960,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL	
		<p>EMBALAGEM PRIMÁRIA EM AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA DE VIDRO OU MATERIAL APROPRIADO, RESISTENTE E SEGURO. PRODUTO TERMOESTÁVEL, COM INDICAÇÃO DE USO HOSPITALAR NO RÓTULO. REGISTRO ATIVO NA ANVISA. VALIDADE MÍNIMA DE 18 MESES A CONTAR DA DATA DE ENTREGA. ACOMPANHADO DE BULA ATUALIZADA E CONFORME FARMACÓPEIA BRASILEIRA. RÓTULO CONTENDO OBRIGATORIAMENTE: NOME DO MEDICAMENTO, CONCENTRAÇÃO, VOLUME, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, VALIDADE E VIA DE ADMINISTRAÇÃO. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: EMBALAGEM SECUNDÁRIA ÍNTEGRA, SEM VIOLAÇÃO, DANOS OU SUJIDADES. PRODUTO ENTREGUE SEM VAZAMENTOS, RACHADURAS OU TURVAÇÃO DA SOLUÇÃO. TRANSPORTE CONFORME BOAS PRÁTICAS DE DISTRIBUIÇÃO E ARMAZENAMENTO ADEQUADO. ARMAZENAMENTO EM TEMPERATURA AMBIENTE CONTROLADA, PROTEGIDO DA LUZ.</p>					
00064	00038754	<p>LOTE: DOPAMINA 5MG/ML INJ. - DOPAMINA 5MG/ML INJ. DESCRIÇÃO TÉCNICA – DOPAMINA 5 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL MEDICAMENTO: DOPAMINA APRESENTAÇÃO: SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL CONCENTRAÇÃO: 5 MG/ML VOLUME POR UNIDADE: AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA COM VOLUME CONFORME APRESENTAÇÃO DO FABRICANTE (EX.: 10 ML, 20 ML), MANTENDO A CONCENTRAÇÃO DE 5 MG/ML FORMA FARMACÉUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAVENOSA USO: ADULTO E PEDIÁTRICO, CONFORME PROTOCOLO CLÍNICO TIPO DE MEDICAMENTO: USO HOSPITALAR INDICAÇÃO DO MEDICAMENTO: A DOPAMINA É INDICADA PARA O TRATAMENTO DE ESTADOS DE CHOQUE DE ORIGEM CARDIOGÊNICA, SÉPTICA OU TRAUMÁTICA, E EM OUTRAS SITUAÇÕES QUE NECESSITEM DE SUPORTE HEMODINÂMICO. VISANDO MANter PERFUSÃO ADEQUADA DOS ÓRGÃOS VITAIS. É UTILIZADA PARA MELHORAR O DÉBITO CARDÍACO, PRESSÃO ARTERIAL E FLUXO RENAL, CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS E HEMODINÂMICOS VIGENTES. ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS EXIGIDAS: CONCENTRAÇÃO DE 5 MG/ML EM SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL. SOLUÇÃO LÍMPIDA, INCOLOR OU LEVEMENTE AMARELADA, LIVRE DE PARTÍCULAS VISÍVEIS. EMBALAGEM PRIMÁRIA EM AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA DE VIDRO OU MATERIAL ADEQUADO, RESISTENTE E DE FÁCIL MANUSEIO. PRODUTO TERMOESTÁVEL, DE USO EXCLUSIVO HOSPITALAR, DEVENDO CONSTAR NO RÓTULO. REGISTRO ATIVO NA ANVISA. VALIDADE MÍNIMA DE 18 MESES A PARTIR DA DATA DA ENTREGA. ACOMPANHADO DE BULA ATUALIZADA, CONFORME FARMACÓPEIA BRASILEIRA. RÓTULO CONTENDO OBRIGATORIAMENTE: NOME DO MEDICAMENTO, CONCENTRAÇÃO, VOLUME, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: EMBALAGEM SECUNDÁRIA ÍNTEGRA, SEM AVARIAS. TRANSPORTE CONFORME BOAS PRÁTICAS DE DISTRIBUIÇÃO. ARMAZENAMENTO EM TEMPERATURA AMBIENTE CONTROLADA, PROTEGIDO DA LUZ. PRODUTO ENTREGUE DEVE ESTAR INTACTO, SEM DANOS, VAZAMENTOS OU SUJIDADES.</p>		UN	200,000	2,900	580,00
00065	00039220	<p>LOTE: NOREPINEFRINA 2MG/ML INJ - NOREPINEFRINA 2MG/ML INJ NOREPINEFRINA 2 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL DESCRIÇÃO: MEDICAMENTO CONTENDO NOREPINEFRINA (NORADRENALINA) 2 MG/ML, APRESENTADO SOB A FORMA DE SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, LÍMPIDA E INCOLOR A LEVEMENTE AMARELADA, PARA USO INTRAVENOSO, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOTADA PELA REDE DE SAÚDE. O PRODUTO DEVERÁ POSSUIR REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, SER ACONDICIONADO EM AMPOLAS OU FRASCOS-AMPOLA, COM ROTULAGEM ADEQUADA, BULA OFICIAL E EMBALAGEM QUE ASSEGURE A INTEGRIDADE, ESTABILIDADE E RASTREABILIDADE DO MEDICAMENTO</p>		AM	1000,000	2,300	2.300,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
 CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>DURANTE O ARMAZENAMENTO, TRANSPORTE E USO.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA O TRATAMENTO DE ESTADOS DE CHOQUE, ESPECIALMENTE CHOQUE SÉPTICO, CARDIOGÊNICO E DISTRIBUTIVO, BEM COMO PARA O CONTROLE DA HIPOTENSÃO ARTERIAL GRAVE EM SITUAÇÕES CRÍTICAS, QUANDO HÁ NECESSIDADE DE SUPORTE VASOPRESSOR, DE ACORDO COM OS PROTOCOLOS CLÍNICOS E A PADRONIZAÇÃO ANTERIOR ADOTADA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>VALIDADE: O MEDICAMENTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>EMBALAGEM E TRANSPORTE: O MEDICAMENTO DEVERÁ SER ACONDICIONADO EM EMBALAGEM PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA ADEQUADAS, QUE GARANTAM PROTEÇÃO CONTRA LUZ, UMIDADE, CONTAMINAÇÕES E DANOS FÍSICOS, PRESERVANDO SUA QUALIDADE E ESTABILIDADE. AS EMBALAGENS DEVERÃO ATENDER ÀS EXIGÊNCIAS DA FARMACOPEIA BRASILEIRA E ÀS NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES, CONTENDO IDENTIFICAÇÃO CLARA E LEGÍVEL DO PRODUTO, CONCENTRAÇÃO, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, PRAZO DE VALIDADE, VIA DE ADMINISTRAÇÃO E DEMAIS INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS.</p> <p>O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO EM CONFORMIDADE COM AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS E COM AS ORIENTAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA, ASSEGURANDO A MANUTENÇÃO DAS CONDIÇÕES ADEQUADAS DE CONSERVAÇÃO DURANTE TODO O TRAJETO, EVITANDO EXPOSIÇÃO A TEMPERATURAS INADEQUADAS, LUZ EXCESSIVA, IMPACTOS OU QUAISQUER CONDIÇÕES QUE POSSAM COMPROMETER A INTEGRIDADE E A EFICÁCIA DO MEDICAMENTO.</p>				
00066	00041245	<p>LOTE: HIDRALAZINA 20 MG/ML INJ - HIDRALAZINA 20 MG/ML INJ DESCRIÇÃO PARA LICITAÇÃO – HIDRALAZINA 20 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL</p> <p align="center">BQ OK ✓</p> <p>DENOMINAÇÃO: HIDRALAZINA – SOLUÇÃO INJETÁVEL APRESENTAÇÃO: AMPOLA DE 1 ML (OU APRESENTAÇÃO EQUIVALENTE DISPONÍVEL NO MERCADO, MANTENDO A CONCENTRAÇÃO) CONCENTRAÇÃO: 20 MG/ML FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL, LÍMPIDA, INCOLOR A LEVEMENTE AMARELADA, ESTÉRIL E APIROGÊNICA. VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAVENOSA OU INTRAMUSCULAR, CONFORME PRESCRIÇÃO. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS: SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 20 MG/ML DE HIDRALAZINA, TOTALMENTE LÍMPIDA, SEM PARTÍCULAS, TURVAÇÃO OU SEDIMENTOS. AMPOLAS FABRICADAS EM MATERIAL RESISTENTE E ESTÉRIL, GARANTINDO INTEGRIDADE, ESTABILIDADE E SEGURANÇA DO MEDICAMENTO. EMBALAGEM PRIMÁRIA COM ROTULAGEM COMPLETA: NOME DO MEDICAMENTO, CONCENTRAÇÃO, VOLUME, VIA DE ADMINISTRAÇÃO, NÚMERO DE LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE. VALIDADE MÍNIMA DE 18 MESES A CONTAR DA ENTREGA. PRODUTO COM REGISTRO ATIVO NA ANVISA, EM CONFORMIDADE COM NORMAS DA FARMACOPEIA BRASILEIRA E EXIGÊNCIAS SANITÁRIAS VIGENTES. ARMAZENAMENTO CONFORME RECOMENDAÇÕES DO FABRICANTE.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: TRATAMENTO E CONTROLE DE CRISES HIPERTENSIVAS; MANEJO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM SITUAÇÕES AGUDAS, INCLUINDO EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS (EX.: PRÉ-ECLÂMPSIA), CONFORME PROTOCOLO CLÍNICO; USO EM AMBIENTE HOSPITALAR ONDE HÁ NECESSIDADE DE REDUÇÃO RÁPIDA DA PRESSÃO ARTERIAL.</p> <p>CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: ENTREGA EM EMBALAGENS ORIGINAIS DE FÁBRICA, LACRADAS, ÍNTEGRAS E SEM SINAIS DE VIOLAÇÃO. PRODUTO DEVE SER DE RECENTE FABRICAÇÃO, SEM AVARIAS OU ALTERAÇÕES FÍSICO-QUÍMICAS. ENTREGA OBRIGATORIAMENTE EM LOTES UNIFORMES, COM TODAS AS UNIDADES PERTENCENDO AO MESMO LOTE E MESMA VALIDADE, SALVO INDISPONIBILIDADE JUSTIFICADA E ACEITA PELA SECRETARIA. TRANSPORTE ADEQUADO, GARANTINDO A CONSERVAÇÃO E QUALIDADE DO PRODUTO ATÉ O RECEBIMENTO.</p>	AM	400,000	7,440	2.976,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114


PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		ENTREGA NO LOCAL INDICADO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, DENTRO DO PRAZO ESTABELECIDO. PRODUTO SUJEITO À CONFERÊNCIA E PODERÁ SER REJEITADO CASO HAJA DIVERGÊNCIAS DE LOTE, VALIDADE, ROTULAGEM, INTEGRIDADE OU ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS.				
00067	00041710	<p>LOTE: FLUMAZENIL INJETAVEL 0.1 MG - FLUMAZENIL INJETAVEL 0.1 MG DESCRIÇÃO TÉCNICA – FLUMAZENIL 0,1 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: blue;">OK </p> <p>MEDICAMENTO: FLUMAZENIL CONCENTRAÇÃO: 0,1 MG/ML APRESENTAÇÃO: AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA (EX.: 5 ML OU 10 ML, CONFORME FABRICANTE) FORMA FARMACÉUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAVENOSA USO: ADULTO E PEDIÁTRICO TIPO: MEDICAMENTO DE USO HOSPITALAR INDICAÇÃO DO MEDICAMENTO: O FLUMAZENIL É INDICADO PARA: REVERSÃO DOS EFEITOS SEDATIVOS DE BENZODIAZEPÍNICOS APÓS PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS OU TERAPÊUTICOS; ANTAGONIZAÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM CASOS DE SUPERDOSE AGUDA, SOB MONITORIZAÇÃO INTENSIVA; RECUPERAÇÃO DE CONSCIÊNCIA EM SITUAÇÕES DE SEDAÇÃO EXCESSIVA INDUZIDA POR BENZODIAZEPÍNICOS; APOIO EM EMERGÊNCIAS HOSPITALARES, UPA, CENTRO CIRÚRGICO E UTI. ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS EXIGIDAS: SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL CONTENDO 0,1 MG DE FLUMAZENIL POR ML. SOLUÇÃO LÍMPIDA, INCOLOR, LIVRE DE PARTÍCULAS E PRECIPITADOS. EMBALAGEM PRIMÁRIA EM AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA DE VIDRO OU MATERIAL APROPRIADO, RESISTENTE E SEGURO. PRODUTO TERMOESTÁVEL E DE USO EXCLUSIVO HOSPITALAR, COM INDICAÇÃO NO RÓTULO. REGISTRO ATIVO NA ANVISA. VALIDADE MÍNIMA DE 18 MESES A PARTIR DA DATA DE ENTREGA. ACOMPANHADO DE BULA ATUALIZADA, CONFORME FARMACOPEIA BRASILEIRA. RÓTULO CONTENDO: NOME DO MEDICAMENTO, CONCENTRAÇÃO, VOLUME, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, VALIDADE, VIA DE ADMINISTRAÇÃO E ADVERTÊNCIAS OBRIGATÓRIAS. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: EMBALAGEM SECUNDÁRIA ÍNTEGRA, SEM VIOLAÇÃO, DANOS OU SUJIDADES. SOLUÇÃO DEVE ESTAR SEM TURVAÇÃO, ALTERAÇÃO DE COR OU VAZAMENTOS. TRANSPORTE CONFORME BOAS PRÁTICAS DE DISTRIBUIÇÃO. ARMAZENAMENTO EM TEMPERATURA AMBIENTE CONTROLADA, PROTEGIDO DA LUZ.</p>	AM	200,000	7,940	1.588,00
00068	00041950	<p>LOTE: INTEGRADOR QUÍMICO CLASSE 5 - INTEGRADOR QUÍMICO CLASSE 5 DESCRIÇÃO PARA LICITAÇÃO – INTEGRADOR QUÍMICO CLASSE 5 – VAPOR (AUTOCLAVE)</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: blue;">NT </p> <p>DENOMINAÇÃO: INTEGRADOR QUÍMICO CLASSE 5 PARA ESTERILIZAÇÃO A VAPOR APRESENTAÇÃO: TIRAS INTEGRADORAS INDIVIDUAIS, EMBALADAS EM PACOTES OU CAIXAS. APLICAÇÃO: MONITORAMENTO DE CICLOS DE ESTERILIZAÇÃO POR VAPOR SATURADO (AUTOCLAVE).</p> <p>CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS: INTEGRADOR QUÍMICO CLASSE 5, CONFORME CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL, DESTINADO A MONITORAMENTO DE ESTERILIZAÇÃO POR VAPOR. COMPATÍVEL COM CICLOS DE 121°C A 134°C, CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE. PRODUTO ISENTO DE CHUMBO, GARANTINDO SEGURANÇA, MENOR TOXICIDADE E RESPEITO ÀS NORMAS AMBIENTAIS. DEVE PERMITIR LEITURA FÁCIL, RÁPIDA E IMEDIATA, POSSIBILITANDO INTERPRETAÇÃO VISUAL CLARA APÓS O CICLO. POSSUIR CAMADA PLÁSTICA PROTETORA, IMPEDINDO QUE A TINTA DO INDICADOR ENTRE EM CONTATO COM INSTRUMENTAL OU MATERIAIS ESTERILIZADOS.</p>	UN	1000,000	0,540	540,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>ALTA SENSIBILIDADE, SIMULANDO DE FORMA CONFIÁVEL AS CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA ESTERILIZAÇÃO EFETIVA. IDENTIFICAÇÃO COMPLETA NA EMBALAGEM: LOTE, VALIDADE, FABRICANTE, NÚMERO DE REGISTRO ANVISA E MÉTODO DE ESTERILIZAÇÃO COMPATÍVEL. VALIDADE MÍNIMA DE 18 MESES NO ATO DA ENTREGA. QUALIDADE COMPROVADA E EM CONFORMIDADE COM ISO 11140:2014, QUE DEFINE CRITÉRIOS INTERNACIONAIS PARA INDICADORES QUÍMICOS DE ESTERILIZAÇÃO. PRODUTO COM REGISTRO ATIVO NA ANVISA. INDICAÇÃO DE USO: MONITORAMENTO E VALIDAÇÃO DE TODAS AS CARGAS EM AUTOCLAVES A VAPOR. UTILIZADO EM HOSPITAIS, CLÍNICAS, CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS, UNIDADES DE SAÚDE E CME. VERIFICAÇÃO DA EFICÁCIA DOS PARÂMETROS CRÍTICOS DE ESTERILIZAÇÃO (TEMPO, TEMPERATURA E VAPOR). CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: ENTREGA EM EMBALAGENS ORIGINAIS DE FÁBRICA, LACRADAS, ÍNTEGRAS E SEM SINAIS DE VIOLAÇÃO. PRODUTO DEVE SER DE RECENTE FABRICAÇÃO E EM PERFEITAS CONDIÇÕES DE USO. ENTREGA OBRIGATORIAMENTE EM LOTES UNIFORMES, COM TODAS AS UNIDADES PERTENCENDO AO MESMO LOTE E MESMA VALIDADE, SALVO JUSTIFICATIVA TÉCNICA FORMALMENTE ACEITA PELA SECRETARIA. TRANSPORTE ADEQUADO, MANTENDO INTEGRIDADE FÍSICA DAS TIRAS E PROTEGENDO CONTRA UMIDADE E CALOR EXCESSIVO. ENTREGA NO ENDEREÇO INDICADO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, DENTRO DOS PRAZOS ESTIPULADOS.</p> <p>MATERIAL SUJEITO À CONFERÊNCIA E PODERÁ SER REJEITADO CASO APRESENTE DIVERGÊNCIA DE LOTE, VALIDADE, ROTULAGEM OU INTEGRIDADE.</p>				
00069	00043060	<p>LOTE: DIMENIDRATO B6 DL + PIRIDOXINA + GLICOSE/FRUTOSE- 3MG/5MG/100MG/ML- FR.10ML - DIMENIDRATO B6 DL + PIRIDOXINA + GLICOSE/FRUTOSE- 3MG/5MG/100MG/ML- FR.10ML DIMENIDRINATO 3 MG/ML + PIRIDOXINA (VITAMINA B6) 5 MG/ML + GLICOSE/FRUTOSE 100 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL – FRASCO/AMPOLA 10 ML MEDICAMENTO: ASSOCIAÇÃO INJETÁVEL DE DIMENIDRINATO + VITAMINA B6 (PIRIDOXINA) + GLICOSE/FRUTOSE APRESENTAÇÃO: SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL EM FRASCO/AMPOLA DE 10 ML CONCENTRAÇÃO POR ML: DIMENIDRINATO: 3 MG PIRIDOXINA (VITAMINA B6): 5 MG GLICOSE/FRUTOSE: 100 MG FORMA FARMACÉUTICA: SOLUÇÃO ESTÉRIL, LÍMPIDA, APIROGÊNICA, PRÓPRIA PARA ADMINISTRAÇÃO PARENTERAL. VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAVENOSA (IV) OU INTRAMUSCULAR (IM), CONFORME ORIENTAÇÃO DO FABRICANTE. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS OBRIGATÓRIAS: PRODUTO ESTÉRIL, ISENTO DE PARTÍCULAS E APIROGÊNICO. PREFERÊNCIA PARA MEDICAMENTO GENÉRICO, COM IDENTIFICAÇÃO ADEQUADA. DEVE POSSUIR REGISTRO ATIVO NA ANVISA. FRASCO/AMPOLA DE 10 ML COM SISTEMA DE FECHAMENTO SEGURO. DEVE ATENDER ÀS NORMAS DA FARMACOPEIA BRASILEIRA E DEMAIS REGULAMENTAÇÕES SANITÁRIAS VIGENTES</p> <p style="text-align: center;">NC COSMED </p> <p>INDICAÇÕES GERAIS: PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE NÁUSEAS, TONTURAS E VÔMITOS. TRATAMENTO DE SINTOMAS ASSOCIADOS A DISTÚRBIOS VESTIBULARES (LABIRINTITE). INDICADO TAMBÉM PARA CONTROLE DE CINETOSE (ENJOJO POR MOVIMENTO). PRAZO DE VALIDADE OBRIGATÓRIO NA ENTREGA: MÍNIMO DE 18 (DEZOITO) MESES DE VALIDADE REMANESCENTE A PARTIR DO RECEBIMENTO PELO ÓRGÃO PÚBLICO. CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO: MANTER EM LOCAL FRESCO, PROTEGIDO DA LUZ E CALOR, CONFORME INSTRUÇÕES DO FABRICANTE. ROTULAGEM OBRIGATÓRIA: NOME DO MEDICAMENTO E DOS PRINCÍPIOS ATIVOS</p>	AM	5000,000	10,830	54.150,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		CONCENTRAÇÃO FORMA FARMACÊUTICA LOTE, FABRICAÇÃO E VALIDADE NÚMERO DE REGISTRO NA ANVISA DADOS DO FABRICANTE E RESPONSÁVEL TÉCNICO				
00070	00043061	LOTE: MORFINA SULFATO 10MG/ML SOL. INJ FR 1M - MORFINA SULFATO 10MG/ML SOL. INJ FR 1M MORFINA SULFATO 10 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL DESCRIÇÃO TÉCNICA – PADRÃO PARA LICITAÇÃO OK ✓ 1. NOME DO PRODUTO: MORFINA SULFATO 10 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL. 2. FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, APIROGÊNICA, LÍMPIDA, PRÓPRIA PARA ADMINISTRAÇÃO INTRAVENOSA (IV) OU INTRAMUSCULAR (IM). 3. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA: CADA ML CONTÉM: MORFINA SULFATO 10 MG EXCIPIENTES ESTÉREIS Q.S.P. PRODUTO LIVRE DE CONSERVANTES TÓXICOS. 4. APRESENTAÇÃO: AMPOLAS DE 1 ML, 2 ML OU 5 ML, CONFORME FABRICANTE. FRASCOS DE VIDRO OU POLIPROPILENO GRAU FARMACÊUTICO, COM TAMPA DE BORRACHA BUTÍLICA E LACRE METÁLICO OU PLÁSTICO. EMBALAGEM SECUNDÁRIA COM IDENTIFICAÇÃO DE LOTE E VALIDADE. 5. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS: PRODUTO ESTÉRIL, APIROGÊNICO E ISENTO DE PARTÍCULAS. SOLUÇÃO LÍMPIDA, INCOLOR. ROTULAGEM COMPLETA CONTENDO: NOME DO PRINCÍPIO ATIVO; CONCENTRAÇÃO E VOLUME; VIA DE ADMINISTRAÇÃO (IV/IM); LOTE, FABRICAÇÃO E VALIDADE; FABRICANTE/CNPJ; NÚMERO DO REGISTRO ANVISA. FRASCOS ÍNTEGROS, SEM FISSURAS OU VAZAMENTOS. ISENTO DE LÁTEX. 6. FINALIDADE/INDICAÇÃO: INDICADO PARA: ANALGESIA DE INTENSIDADE MODERADA A GRAVE; CONTROLE DA DOR EM AMBIENTE HOSPITALAR, PRONTO ATENDIMENTO, UTI E PÓS-OPERATÓRIO; USO SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA E SUPERVISÃO PROFISSIONAL. 7. ARMAZENAMENTO: CONSERVAR ENTRE 15°C E 30°C, PROTEGIDO DA LUZ. NÃO CONGELAR. 8. NORMAS E GARANTIAS: PRODUTO COM REGISTRO ATIVO NA ANVISA. FABRICADO CONFORME BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO (BPF). VALIDADE MÍNIMA OBRIGATÓRIA: 18 MESES NO ATO DA ENTREGA. LOTES COM RASTREABILIDADE COMPLETA. 9. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: ENTREGA EM LOTES UNIFORMES (MESMO LOTE POR REMESSA). EMBALAGENS LACRADAS, ÍNTEGRAS E SEM VIOLAÇÃO.	AM	600,000	2,640	1.584,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		SUBSTITUIÇÃO IMEDIATA EM CASO DE TURBIDEZ, PARTÍCULAS, VAZAMENTOS OU INCONFORMIDADE. NOTA FISCAL CONTENDO LOTE, QUANTIDADE, VALIDADE E FABRICANTE. FORNECEDOR DEVE ASSEGURAR REGULARIDADE E CONTINUIDADE DO FORNECIMENTO DURANTE A VIGÊNCIA CONTRATUAL.				
00071	00043095	<p style="text-align: center;">NT </p> <p>LOTE: TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ - TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ – FORMATO CANETA – USO DIAGNÓSTICO IN VITRO</p> <p>DESCRIÇÃO: TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ, DE USO DIAGNÓSTICO IN VITRO, APRESENTADO EM FORMATO DE CANETA, COM DESIGN ERGONÔMICO E PRÁTICO, DESTINADO À DETECÇÃO QUALITATIVA DO HORMÔNIO GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA (HCG) NA URINA. O TESTE DEVERÁ PERMITIR A APLICAÇÃO DIRETA NO FLUXO URINÁRIO, SEM NECESSIDADE DE ACESSÓRIOS ADICIONAIS, PROPORCIONANDO USO SIMPLES, SEGURO E HIGIÊNICO, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOTADA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR LEITURA RÁPIDA E DE FÁCIL INTERPRETAÇÃO, POR MEIO DA INDICAÇÃO VISUAL CLARA DO RESULTADO, COM PRECISÃO MÍNIMA DE 99% A PARTIR DO PRIMEIRO DIA DO ATRASO MENSTRUAL.</p> <p>O TESTE DEVERÁ POSSUIR REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, SENDO REGULARIZADO COMO PRODUTO PARA DIAGNÓSTICO IN VITRO (IVD), EM CONFORMIDADE COM A RDC Nº 751/2022, QUE DISPÕE SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, REGULARIZAÇÃO, ROTULAGEM E PÓS-MERCADO DE PRODUTOS PARA DIAGNÓSTICO IN VITRO, BEM COMO COM A RDC Nº 36/2015, QUE ESTABELECE AS BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO DE PRODUTOS PARA DIAGNÓSTICO IN VITRO, E DEMAIS NORMAS SANITÁRIAS APLICÁVEIS, GARANTINDO QUALIDADE, SEGURANÇA, CONFIABILIDADE E RASTREABILIDADE.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA A DETECÇÃO PRECOCE DE GRAVIDEZ, POR MEIO DA IDENTIFICAÇÃO DO HCG NA URINA, AUXILIANDO NO DIAGNÓSTICO INICIAL DA GESTAÇÃO, CONFORME PROTOCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA E DA SAÚDE DA MULHER.</p> <p>CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS: TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ EM FORMATO CANETA; USO DIRETO NO FLUXO DE URINA; RESULTADO DE RÁPIDA LEITURA; INDICAÇÃO VISUAL CLARA E OBJETIVA DO RESULTADO; SENSIBILIDADE E PRECISÃO = 99% A PARTIR DO DIA DO INÍCIO ESPERADO DA MENSTRUAÇÃO; PRODUTO DE USO ÚNICO, DESCARTÁVEL.</p> <p>VALIDADE: O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE NÃO INFERIOR A 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SUA AQUISIÇÃO OU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>EMBALAGEM E TRANSPORTE: O TESTE DEVERÁ SER ACONDICIONADO EM EMBALAGEM INDIVIDUAL, SELADA E INVOLÁVEL, GARANTINDO A INTEGRIDADE E ESTABILIDADE DO PRODUTO ATÉ O MOMENTO DO USO, COM IDENTIFICAÇÃO CLARA DO FABRICANTE, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, PRAZO DE VALIDADE E NÚMERO DE REGISTRO NA ANVISA.</p> <p>O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO EM CONFORMIDADE COM AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS PARA DIAGNÓSTICO IN VITRO, ASSEGURANDO PROTEÇÃO CONTRA UMIDADE, CALOR EXCESSIVO, IMPACTOS E CONTAMINAÇÕES, PRESERVANDO A QUALIDADE E CONFIABILIDADE DO TESTE.</p>	UN	3000,000	1,280	3.840,00
00072	00043098	<p style="text-align: center;">NT </p> <p>LOTE: PROTETOR SOLAR FPS 60, 120ML - PROTETOR SOLAR FPS 60, 120ML PROTETOR SOLAR FPS 60 – FRASCO 120 ML</p> <p>DESCRIÇÃO: PRODUTO COSMÉTICO DO TIPO PROTETOR SOLAR, COM FATOR DE PROTEÇÃO SOLAR (FPS) 60, APRESENTADO EM FRASCO CONTENDO 120 ML, INDICADO PARA USO TÓPICO. FORMULADO PARA PROPORCIONAR ALTA PROTEÇÃO CONTRA RADIAÇÃO ULTRAVIOLETA UVA E UVB, AUXILIANDO NA PREVENÇÃO DE QUEIMADURAS SOLARES E DANOS CUTÂNEOS DECORRENTES DA EXPOSIÇÃO SOLAR. PRODUTO DESTINADO AO USO COMO</p>	UN	500,000	33,150	16.575,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) PARA FUNCIONÁRIOS QUE EXERCEM ATIVIDADES LABORAIS SOB EXPOSIÇÃO DIRETA E CONTÍNUA AO SOL, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOTADA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE E NORMAS DE SEGURANÇA DO TRABALHO. O PRODUTO DEVERÁ POSSUIR REGISTRO OU NOTIFICAÇÃO VIGENTE NA ANVISA, CONFORME A CLASSIFICAÇÃO SANITÁRIA APLICÁVEL.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA A PROTEÇÃO DA PELE DOS TRABALHADORES CONTRA OS EFEITOS NOCIVOS DA RADIAÇÃO SOLAR, ESPECIALMENTE PARA FUNCIONÁRIOS QUE DESEMPENHAM ATIVIDADES EXTERNAS, TAIS COMO SERVIÇOS DE CAMPO, MANUTENÇÃO, LIMPEZA URBANA, VIGILÂNCIA, OBRAS E DEMAIS FUNÇÕES REALIZADAS SOB EXPOSIÇÃO SOLAR, CONFORME ORIENTAÇÕES DO FABRICANTE, NORMAS DE SAÚDE OCUPACIONAL E PROTOCOLOS INSTITUCIONAIS.</p> <p>VALIDADE: O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>EMBALAGEM E TRANSPORTE: O PRODUTO DEVERÁ SER ACONDICIONADO EM EMBALAGEM PRIMÁRIA RESISTENTE E SEGURA, COM SISTEMA DE FECHAMENTO QUE EVITE VAZAMENTOS, E EMBALAGEM SECUNDÁRIA QUE ASSEGURE PROTEÇÃO CONTRA LUZ, UMIDADE E DANOS FÍSICOS, PRESERVANDO SUA QUALIDADE E ESTABILIDADE. AS EMBALAGENS DEVERÃO ATENDER ÀS NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES E ÀS EXIGÊNCIAS DA ANVISA, CONTENDO IDENTIFICAÇÃO CLARA E LEGÍVEL DO PRODUTO, FPS, VOLUME, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, PRAZO DE VALIDADE, MODO DE USO, ADVERTÊNCIAS E DEMAIS INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS.</p> <p>O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO EM CONFORMIDADE COM AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS COSMÉTICOS, ASSEGURANDO A MANUTENÇÃO DAS CONDIÇÕES ADEQUADAS DE CONSERVAÇÃO, EVITANDO EXPOSIÇÃO A TEMPERATURAS EXTREMAS, LUZ SOLAR DIRETA, COMPRESSÃO OU IMPACTOS QUE POSSAM COMPROMETER A QUALIDADE, A SEGURANÇA E A EFICÁCIA DO PRODUTO.</p>				
00073	00043360	<p>LOTE: TELA DE PETROLATUM - TELA DE PETROLATUM TELA DE PETROLATUM - TELA DE PETROLATUM ESTÉRIL, CONFECCIONADA EM MALHA DE ALGODÃO OU MATERIAL SINTÉTICO BIOCAMPATÍVEL, IMPREGNADA UNIFORMEMENTE COM PETROLATUM GRAU FARMACÊUTICO, NÃO ADERENTE, INDICADA PARA COBERTURA DE FERIDAS, QUEIMADURAS, ÚLCERAS, ENXERTOS E ÁREAS DOADORAS, PROPORCIONANDO PROTEÇÃO MECÂNICA, MANUTENÇÃO DA UMIDADE E FACILITANDO A REMOÇÃO SEM TRAUMA AO TECIDO. DEVE PERMITIR A PASSAGEM DE EXSUDATO PARA O CURATIVO SECUNDÁRIO, NÃO CONTER SUBSTÂNCIAS ATIVAS MEDICAMENTOSAS, SER ISENTA DE LÁTEX, ATÓXICA, HIPOALERGÊNICA E NÃO IRRITANTE À PELE. PRODUTO DE USO MÉDICO-HOSPITALAR, ESTÉRIL, EMBALADO INDIVIDUALMENTE, COM REGISTRO VÁLIDO NA ANVISA, DENTRO DO PRAZO DE VALIDADE NO ATO DA ENTREGA. CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS: TIPO: TELA NÃO ADERENTE IMPREGNADA COM PETROLATUM. ESTERILIZAÇÃO: ESTERILIZADA POR MÉTODO VALIDADO. MATERIAL DA MALHA: ALGODÃO OU MATERIAL SINTÉTICO BIOCAMPATÍVEL. IMPREGNAÇÃO: PETROLATUM GRAU FARMACÊUTICO. APRESENTAÇÃO: EMBALAGEM INDIVIDUAL ESTÉRIL. DIMENSÕES: 7,6 X 7,6 CM. USO: CURATIVO PRIMÁRIO REGISTRO: ANVISA OBRIGATÓRIO VALIDADE MÍNIMA: = 12 MESES NA DATA DA ENTREGA CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: PRODUTO NOVO, SEM USO, EM EMBALAGEM ÍNTEGRA ACOMPANHADO DE BULA OU INSTRUÇÕES DE USO EM PORTUGUÊS LOTE E DATA DE VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM</p>	UN	1000,000	7,340	7.340,00
00074	00043364	<p>LOTE: PLACA DE AGINATO DE CALCIO 10X10 CM - PLACA DE AGINATO DE CALCIO 10X10 CM PLACA DE ALGINATO DE CÁLCIO 10 X 10 CM</p> <p>DESCRIÇÃO: CURATIVO ESTÉRIL TIPO PLACA DE ALGINATO DE CÁLCIO, MEDINDO 10 x 10 CM, COMPOSTO POR SAIS NATURAIS DE ÁCIDO ALGÍNICO, EXTRAÍDOS DE ALGAS MARINHAS, INDICADO PARA USO EM FERIDAS. PRODUTO DESTINADO AO USO TÓPICO, DE ALTA CAPACIDADE DE ABSORÇÃO, QUE EM CONTATO COM O EXSUDATO FORMA UM GEL HIDROFÍLICO, AUXILIANDO NO CONTROLE DA UMIDADE E NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOTADA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE. O PRODUTO DEVERÁ POSSUIR REGISTRO VIGENTE NA</p>	UN	800,000	8,770	7.016,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>ANVISA.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA O TRATAMENTO DE FERIDAS COM EXSUDAÇÃO MODERADA A INTENSA, TAIS COMO ÚLCERAS VENOSAS E ARTERIAIS, ÚLCERAS POR PRESSÃO, FERIDAS TRAUMÁTICAS OU CIRÚRGICAS, CAVIDADES, ÁREAS DOADORAS DE ENXERTO E FERIDAS COM SANGRAMENTO LEVE, CONTRIBUINDO PARA O CONTROLE DO EXUDATO E HEMOSTASIA LOCAL, CONFORME PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS E PADRONIZAÇÃO ANTERIOR.</p> <p>VALIDADE: O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>EMBALAGEM E TRANSPORTE: O PRODUTO DEVERÁ SER ACONDICIONADO EM EMBALAGEM INDIVIDUAL ESTÉRIL, COM EMBALAGEM SECUNDÁRIA QUE GARANTA PROTEÇÃO CONTRA UMIDADE, CONTAMINAÇÕES E DANOS FÍSICOS, PRESERVANDO SUA INTEGRIDADE E ESTERILIDADE ATÉ O MOMENTO DO USO. AS EMBALAGENS DEVERÃO ATENDER ÀS NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES E ÀS RECOMENDAÇÕES DA ANVISA, CONTENDO IDENTIFICAÇÃO CLARA E LEGÍVEL DO PRODUTO, DIMENSÕES, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, PRAZO DE VALIDADE, MÉTODO DE ESTERILIZAÇÃO E INSTRUÇÕES DE USO.</p> <p>O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO EM CONFORMIDADE COM AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS PARA SAÚDE, ASSEGURANDO A MANUTENÇÃO DAS CONDIÇÕES ADEQUADAS DE CONSERVAÇÃO, EVITANDO EXPOSIÇÃO A TEMPERATURAS INADEQUADAS, UMIDADE EXCESSIVA, COMPRESSÃO OU IMPACTOS QUE POSSAM COMPROMETER A QUALIDADE, A ESTERILIDADE E A EFICÁCIA DO PRODUTO.</p>				
00075	00043387	<p>LOTE: ACIDOS GRAXOS ESSENCIAIS -200ML - ACIDOS GRAXOS ESSENCIAIS -200ML DESCRIÇÃO DO PRODUTO – ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS (AGE) – ALMOTOLIA 200 ML</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;">NC OK ✓</p> <p>ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS (AGE), SOLUÇÃO DERMATOLÓGICA DE USO TÓPICO, DESTINADA À PROTEÇÃO, HIDRATAÇÃO E REGENERAÇÃO DA PELE, ESPECIALMENTE EM ÁREAS COM RISCO DE RESSECAMENTO, FISSURAS OU LESÕES SUPERFICIAIS.</p> <p>APRESENTAÇÃO EM EMBALAGEM TIPO ALMOTOLIA DE 200 ML, FABRICADA EM PLÁSTICO RESISTENTE (PEAD), COM BICO DOSADOR QUE PERMITE APLICAÇÃO CONTROLADA, HIGIÊNICA E SEM DESPERDÍCIO.</p> <p>CARACTERÍSTICAS OBRIGATÓRIAS:</p> <p>VOLUME: 200 ML.</p> <p>FORMA DE APRESENTAÇÃO: ALMOTOLIA PLÁSTICA RESISTENTE, OPACA OU ÂMBAR, COM TAMPAS ROSQUEÁVEL E LACRE DE SEGURANÇA.</p> <p>COMPOSIÇÃO MÍNIMA: COMBINAÇÃO DE ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS (LINOLEICO, LINOLÊNICO E/OU DERIVADOS) EM BASE ADEQUADA PARA USO TÓPICO.</p> <p>APARÊNCIA: LÍQUIDO OLEOSO, HOMOGÊNEO, ISENTO DE IMPUREZAS E DE ODOR ANORMAL.</p> <p>USO: DERMATOLÓGICO, PARA HIDRATAÇÃO, REGENERAÇÃO E PROTEÇÃO DA PELE.</p> <p>VALIDADE MÍNIMA DE 24 MESES A PARTIR DA DATA DE FABRICAÇÃO;</p>	FR	1000,000	6,780	6.780,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>ROTULAGEM OBRIGATÓRIA CONTENDO: NOME DO PRODUTO, COMPOSIÇÃO, VOLUME, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, VALIDADE, FABRICANTE, MODO DE USO E REGISTRO/ISENÇÃO CONFORME LEGISLAÇÃO DA ANVISA.</p> <p>PRODUTO DEVE ATENDER ÀS NORMAS VIGENTES DE SEGURANÇA E QUALIDADE PARA PRODUTOS DERMATOLÓGICOS E AFINS.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO PELA UNIDADE: CUIDADOS COM A PELE, PREVENÇÃO DE LESÕES CUTÂNEAS, ROTINA DE ENFERMAGEM, CURATIVOS E HIDRATAÇÃO EM UNIDADES DE SAÚDE E PRONTO ATENDIMENTO.</p>				
00076	00043472	<p>LOTE: CLOREXIDINA 0,2% SOL. AQUOSA - CLOREXIDINA 0,2% SOL. AQUOSA GLICONATO DE CLOREXIDINA 0,2% – SOLUÇÃO AQUOSA</p> <p style="text-align: center; color: blue; font-size: 2em;">NC </p> <p>DESCRIÇÃO TÉCNICA PADRONIZADA GLUCONATO DE CLOREXIDINA 0,2%, SOLUÇÃO AQUOSA ANTISSÉPTICA, APRESENTADA EM FRASCO ALMOTOLIA DE 100 ML , FABRICADA PARA USO HOSPITALAR E AMBULATORIAL. SOLUÇÃO LÍMPIDA, HOMOGÊNEA, ESTÉRIL E ISENTA DE PARTÍCULAS, DESTINADA À HIGIENIZAÇÃO DE MUCOSAS EXTERNAS E ÁREAS SENSÍVEIS. INDICAÇÃO NAS UNIDADES DE SAÚDE: CATETERISMO VESICAL (MASCULINO E FEMININO). HIGIENIZAÇÃO DA REGIÃO PERINEAL EM PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS. ANTISSEPSIA EM MUCOSAS E ÁREAS ONDE NÃO SE PERMITE USO DE ÁLCOOL. USO AMBULATORIAL, ENFERMARIAS, PRONTO ATENDIMENTO E UNIDADES BÁSICAS. REQUISITOS ADICIONAIS: FRASCO COM SISTEMA DE ABERTURA SEM MATERIAL CORTANTE, COM TAMPA ADICIONAL ACOPLÁVEL.FRASCO ALMOTOLIA COM SISTEMA DE ABERTURA SEM NECESSIDADE DE MATERIAL CORTANTE, E PERMITA APÓS A ABERTURA O ACOPLAMENTO PERFEITO DA TAMPA , QUE DEVERÁ ACOMPANHAR O PRODUTO.) ROTULAGEM CONFORME RDC 184/2001. REGISTRO ANVISA COMO ANTISSÉPTICO (RDC 199/2006). PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO: 24 MESES.</p>	FR	500,000	3,250	1.625,00
00077	00043526	<p>LOTE: CIMETIDINA 300MG INJ. IV - CIMETIDINA 300MG INJ. IV DESCRIÇÃO TÉCNICA CIMETIDINA 300 MG (150 MG/ML)</p> <p style="text-align: center; color: blue; font-size: 2em;">NC HYPOFARMA BQ ESTV </p> <p>SOLUÇÃO INJETÁVEL – USO IV**</p> <p>CIMETIDINA 300 MG, SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL PARA ADMINISTRAÇÃO INTRAVENOSA (IV), NA CONCENTRAÇÃO DE 150 MG/ML, ACONDICIONADA EM AMPOLAS DE 2 ML CADA. COM PRIORIDADE PARA MEDICAMENTO GENÉRICO, CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE</p> <p>CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS DO PRODUTO:</p> <p>APRESENTAÇÃO:</p> <p>SOLUÇÃO INJETÁVEL DE 150 MG/ML, TOTALIZANDO 300 MG POR AMPOLA DE 2 ML.</p> <p>SOLUÇÃO LÍMPIDA, INCOLOR E ISENTA DE PARTÍCULAS VISÍVEIS.</p>	UN	4000,000	1,290	5.160,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>COMPOSIÇÃO:</p> <p>PRINCÍPIO ATIVO: CIMETIDINA.</p> <p>EXCIPIENTES: ÁCIDO CLORÍDRICO E ÁGUA PARA INJEÇÃO.</p> <p>INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:</p> <p>INDICADO PARA TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE CONDIÇÕES RELACIONADAS À HIPERSECREÇÃO GÁSTRICA, COMO:</p> <p>ÚLCERA GÁSTRICA E DUODENAL;</p> <p>ESOFAGITE DE REFLUXO;</p> <p>GASTRITE E DUODENITE AGUDAS;</p> <p>HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ASSOCIADA A ÚLCERAS OU EROSÕES GASTROINTESTINAIS;</p> <p>PROFILAXIA DE ÚLCERA DE ESTRESSE EM PACIENTES HOSPITALIZADOS.</p> <p>USO RECOMENDADO CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS.</p> <p>REQUISITOS DE QUALIDADE:</p> <p>MEDICAMENTO GENÉRICO, ATENDENDO À LEI Nº 9.787/1999.</p> <p>SOLUÇÃO ESTÉRIL, APIROGÊNICA E ESTÁVEL, CONFORME FARMACOPEIA BRASILEIRA.</p> <p>ESTABILIDADE FÍSICA E QUÍMICA GARANTIDA DURANTE TODO O PRAZO DE VALIDADE.</p> <p>EMBALAGEM E ROTULAGEM:</p> <p>CAIXA COM 100 AMPOLAS IDENTIFICADAS COM: NOME DO PRINCÍPIO ATIVO, CONCENTRAÇÃO, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, VALIDADE, FABRICANTE E VIA DE ADMINISTRAÇÃO.</p> <p>BULA E RÓTULO CONTENDO MODO DE USO, ADVERTÊNCIAS E CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO.</p> <p>PRAZO DE VALIDADE NÃO INFERIOR A 24 MESES A PARTIR DA ENTREGA.</p> <p>CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO:</p> <p>ARMAZENAR ENTRE 15°C E 30°C, PROTEGIDA DA UMIDADE E DA LUZ.</p> <p>REGULAMENTAÇÃO:</p> <p>PRODUTO DEVE POSSUIR REGISTRO ATIVO NA ANVISA, CONFORME NORMAS VIGENTES.</p>				

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114


PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
00078	00043874	<p>LOTE: TROPICAMIDA 10MG SOL. OFTÁLMICA - TROPICAMIDA 10MG SOL. OFTÁLMICA TROPICAMIDA 10 MG/ML (1%) – SOLUÇÃO OFTÁLMICA – FRASCO 5 ML</p> <p style="text-align: right; font-size: 24px; color: blue;">NC CRISTALIA</p> <p style="text-align: right; font-size: 24px; color: red;">NF ✓</p> <p>DESCRIÇÃO: TROPICAMIDA, MEDICAMENTO DE AÇÃO MIDRIÁTICA E CICLOPLÉGICA, APRESENTADO NA FORMA DE SOLUÇÃO OFTÁLMICA ESTÉRIL, NA CONCENTRAÇÃO DE 10 MG/ML (1%), DESTINADA AO USO TÓPICO OCULAR, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E PROTOCOLOS CLÍNICOS VIGENTES.</p> <p>APRESENTAÇÃO: FRASCO CONTA-GOTAS CONTENDO 5 ML DE SOLUÇÃO OFTÁLMICA ESTÉRIL, DEVIDAMENTE LACRADO, COM SISTEMA QUE ASSEGURE DOSAGEM PRECISA E PROTEÇÃO CONTRA CONTAMINAÇÃO.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADA PARA A INDUÇÃO DE MIDRIASE E CICLOPLEGIA, SENDO UTILIZADA EM EXAMES OFTALMOLÓGICOS DIAGNÓSTICOS, AVALIAÇÃO DO FUNDO DE OLHO E OUTROS PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOTADA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>COMPOSIÇÃO: CADA 1 ML DA SOLUÇÃO CONTÉM:</p> <p>TROPICAMIDA 10 MG</p> <p>VEÍCULO ESTÉRIL Q.S.P. 1 ML</p> <p>VALIDADE: O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>REGULARIZAÇÃO SANITÁRIA: MEDICAMENTO COM REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, EM CONFORMIDADE COM A RDC Nº 157/2017 E RDC Nº 301/2019 (BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO DE MEDICAMENTOS), ATENDENDO ÀS ESPECIFICAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA VIGENTE E DEMAIS NORMAS SANITÁRIAS APLICÁVEIS.</p> <p>EMBALAGEM: ACONDICIONADO EM FRASCO OFTÁLMICO APROPRIADO DE 5 ML, COM IDENTIFICAÇÃO CLARA DO MEDICAMENTO, CONCENTRAÇÃO, NÚMERO DO LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, VALIDADE E MODO DE USO.</p> <p>TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO: O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO CONFORME AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS, MANTENDO CONDIÇÕES ADEQUADAS DE TEMPERATURA, PROTEÇÃO CONTRA LUZ E CONTAMINAÇÃO, ASSEGURANDO A ESTERILIDADE, ESTABILIDADE E EFICÁCIA DO PRODUTO, EM CONFORMIDADE COM A FARMACOPEIA BRASILEIRA E ORIENTAÇÕES DO FABRICANTE.</p>	FR	15,000	17,330	259,95
00079	00044365	<p>LOTE: ONDASETRONA 2MG/ML - ONDASETRONA 2MG/ML ONDASETRONA 2 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL</p> <p style="text-align: right; font-size: 24px; color: blue;">OK ✓</p> <p>DESCRIÇÃO: MEDICAMENTO CONTENDO ONDASETRONA 2 MG/ML, APRESENTADO SOB A FORMA DE SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, LÍMPIDA E INCOLOR, PARA USO INTRAVENOSO E/OU INTRAMUSCULAR, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOTADA PELA REDE DE SAÚDE. O PRODUTO DEVERÁ POSSUIR REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, SER ACONDICIONADO EM AMPOLAS OU FRASCOS-AMPOLA, COM ROTULAGEM ADEQUADA, BULA OFICIAL E EMBALAGEM QUE ASSEGURE A INTEGRIDADE, ESTABILIDADE E RASTREABILIDADE DO MEDICAMENTO DURANTE O ARMAZENAMENTO, TRANSPORTE E USO.</p>	FR	5000,000	1,130	5.650,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
 CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114


PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL	
		<p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE NÁUSEAS E VÔMITOS, ESPECIALMENTE AQUELES ASSOCIADOS À QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA, PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO E OUTRAS SITUAÇÕES CLÍNICAS, DE ACORDO COM OS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS E A PADRONIZAÇÃO ANTERIOR ADOTADA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>VALIDADE: O MEDICAMENTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>EMBALAGEM E TRANSPORTE: O MEDICAMENTO DEVERÁ SER ACONDICIONADO EM EMBALAGEM PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA ADEQUADAS, QUE GARANTAM PROTEÇÃO CONTRA LUZ, UMIDADE, CONTAMINAÇÕES E DANOS FÍSICOS, PRESERVANDO SUA QUALIDADE E ESTABILIDADE. AS EMBALAGENS DEVERÃO ATENDER ÀS EXIGÊNCIAS DA FARMACOPEIA BRASILEIRA E ÀS NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES, CONTENDO IDENTIFICAÇÃO CLARA E LEGÍVEL DO PRODUTO, CONCENTRAÇÃO, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, PRAZO DE VALIDADE, VIA DE ADMINISTRAÇÃO E DEMAIS INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS.</p> <p>O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO EM CONFORMIDADE COM AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS E COM AS ORIENTAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA, ASSEGURANDO A MANUTENÇÃO DAS CONDIÇÕES ADEQUADAS DE CONSERVAÇÃO DURANTE TODO O TRAJETO, EVITANDO EXPOSIÇÃO A TEMPERATURAS INADEQUADAS, LUZ EXCESSIVA, IMPACTOS OU QUAISQUER CONDIÇÕES QUE POSSAM COMPROMETER A INTEGRIDADE E A EFICÁCIA DO MEDICAMENTO.</p>					
00080	00044455	<p>LOTE: DEXAMETASONA 2MG/ML INJ. - DEXAMETASONA 2MG/ML INJ. DESCRIÇÃO TÉCNICA – DEXAMETASONA 2 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL (AMPOLA 1 ML) NOME DO PRODUTO: DEXAMETASONA – SOLUÇÃO INJETÁVEL CONCENTRAÇÃO: 2 MG/ML APRESENTAÇÃO: AMPOLA COM 1 ML COMPOSIÇÃO CADA AMPOLA DE 1 ML DEVE CONTER: DEXAMETASONA 2 MG/ML (FOSFATO DISSÓDICO DE DEXAMETASONA) VEÍCULO ESTÉRIL Q.S.P. SOLUÇÃO LÍMPIDA, ESTÉRIL, APIROGÊNICA E ISENTA DE PARTÍCULAS. VIAS DE ADMINISTRAÇÃO INTRAVENOSA (IV) INTRAMUSCULAR (IM) SUBCUTÂNEA (SC) CONFORME PROTOCOLO E PRESCRIÇÃO MÉDICA. INDICAÇÕES MEDICAMENTO CORTICOSTEROIDE INDICADO PARA: PROCESSOS INFLAMATÓRIOS AGUDOS REAÇÕES ALÉRGICAS GRAVES EDEMA CEREBRAL ESTADOS DE CHOQUE E EMERGÊNCIAS CLÍNICAS SITUAÇÕES QUE REQUEREM AÇÃO ANTI-INFLAMATÓRIA E IMUNOSSUPRESSORA RÁPIDA USO HOSPITALAR, UNIDADES DE URGÊNCIA E ATENÇÃO BÁSICA. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL E APIROGÊNICA AMPOLA DE 1 ML EM VIDRO OU MATERIAL ADEQUADO PARA USO PARENTERAL EMBALAGEM INDIVIDUAL LACRADA E ÍNTEGRA PRODUTO DEVE POSSUIR REGISTRO ATIVO NA ANVISA</p>	<p>NC FARMACE</p> 	AM	12000,000	1,460	17.520,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>RÓTULO LEGÍVEL CONTENDO: NOME DO MEDICAMENTO CONCENTRAÇÃO LOTE, VALIDADE E FABRICAÇÃO NÚMERO DE REGISTRO ANVISA FABRICANTE E CNPJ CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO VALIDADE MÍNIMA DE 24 MESES A PARTIR DA ENTREGA</p> <p>CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO CONSERVAR ENTRE 15 °C E 30 °C PROTEGER DA LUZ E UMIDADE NÃO UTILIZAR SE A AMPOLA APRESENTAR ALTERAÇÃO DE COR, PARTÍCULAS OU VIOLAÇÃO</p>				
00081	00044458	<p>LOTE: NEOMICINA + BACITRACINA POMADA 10G - NEOMICINA + BACITRACINA POMADA 10G NEOMICINA + BACITRACINA – POMADA 15 G DESCRIÇÃO TÉCNICA – PADRÃO PARA LICITAÇÃO</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>1. NOME DO PRODUTO: NEOMICINA + BACITRACINA – POMADA DERMATOLÓGICA 15 G.</p> <p>2. FORMA FARMACÉUTICA: POMADA TÓPICA ESTÉRIL, DE USO EXTERNO, INDICADA PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE INFECÇÕES BACTERIANAS SUPERFICIAIS.</p> <p>3. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA: CADA GRAMA DE POMADA CONTÉM:</p> <p>NEOMICINA SULFATO: 3,5 MG BACITRACINA ZINCO: 500 U.I. VEÍCULO Q.S.P. 1 G (BASE OLEOSA/GEL CONFORME FABRICANTE).</p> <p>4. APRESENTAÇÃO: TUBO DE 15 G, EM EMBALAGEM LACRADA E INVOLÁVEL. EMBALAGEM SECUNDÁRIA COM IDENTIFICAÇÃO DE LOTE, VALIDADE E REGISTRO ANVISA.</p> <p>5. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS: PRODUTO ESTÉRIL OU PRODUZIDO SOB CONDIÇÕES DE HIGIENE FARMACÉUTICA. POMADA HOMOGÊNEA, SEM GRUMOS, SEPARAÇÃO DE FASES OU ALTERAÇÃO DE COR/ODOR. ROTULAGEM COMPLETA: NOME DO FÁRMACO; CONCENTRAÇÃO; INDICAÇÃO DE USO EXTERNO; LOTE, FABRICAÇÃO E VALIDADE; FABRICANTE/CNPJ; NÚMERO DO REGISTRO ANVISA. TUBO ÍNTEGRO, COM LACRE DE INVOLABILIDADE.</p> <p>6. FINALIDADE/INDICAÇÃO: PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE INFECÇÕES BACTERIANAS SUPERFICIAIS DA PELE. USO EM PEQUENAS FERIDAS, CORTES, QUEIMADURAS SUPERFICIAIS E ESCORIAÇÕES. APLICAÇÃO TÓPICA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA OU ORIENTAÇÃO DE ENFERMEIRO/FARMACÊUTICO.</p> <p>7. ARMAZENAMENTO: CONSERVAR EM TEMPERATURA AMBIENTE (15°C A 30°C).</p>	TB	10000,000	2,660	26.600,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114


PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>PROTEGER DA LUZ E CALOR EXCESSIVO. MANTER FORA DO ALCANCE DE CRIANÇAS.</p> <p>8. NORMAS E GARANTIAS: PRODUTO COM REGISTRO ATIVO NA ANVISA. PRODUZIDO CONFORME BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO (BPF). VALIDADE MÍNIMA OBRIGATÓRIA: 18 MESES NO ATO DA ENTREGA. LOTES COM RASTREABILIDADE COMPLETA.</p> <p>9. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: ENTREGA EM LOTES UNIFORMES (MESMO LOTE POR REMESSA). EMBALAGENS ÍNTEGRAS, LACRADAS E SEM VIOLAÇÃO. SUBSTITUIÇÃO IMEDIATA EM CASO DE PRODUTO DANIFICADO OU ALTERAÇÕES FÍSICAS (COR, ODOR, CONSISTÊNCIA). NOTA FISCAL CONTENDO LOTE, VALIDADE, FABRICANTE E QUANTIDADE. FORNECEDOR DEVE ASSEGURAR REGULARIDADE E CONTINUIDADE DO FORNECIMENTO.</p>				
00082	00044459	<p>LOTE: PLACA DE HIDROCOLOIDE 10X10 - PLACA DE HIDROCOLOIDE 10X10 PLACA DE HIDROCOLOIDE 10 X 10 CM</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: blue;">NT </p> <p>DESCRIÇÃO: CURATIVO ESTÉRIL TIPO PLACA DE HIDROCOLOIDE, MEDINDO 10 X 10 CM, COMPOSTO POR AGENTES HIDROCOLOIDES QUE PROMOVEM AMBIENTE ÚMIDO CONTROLADO PARA A CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS. PRODUTO DE USO TÓPICO, FLEXÍVEL, AUTOADESIVO, COM BARREIRA EXTERNA SEMIPERMEÁVEL, RESISTENTE À ÁGUA E A BACTÉRIAS, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOPTADA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE. O PRODUTO DEVERÁ POSSUIR REGISTRO VIGENTE NA ANVISA.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA O TRATAMENTO DE FERIDAS SUPERFICIAIS OU DE ESPESSURA PARCIAL, COM EXSUDAÇÃO LEVE A MODERADA, TAIS COMO ÚLCERAS POR PRESSÃO (ESTÁGIOS I E II), ÚLCERAS VENOSAS, ABRASÕES, QUEIMADURAS SUPERFICIAIS, FERIDAS CIRÚRGICAS E LESÕES TRAUMÁTICAS, CONTRIBUINDO PARA A PROTEÇÃO DA FERIDA, MANUTENÇÃO DO AMBIENTE ÚMIDO E ESTÍMULO AO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO, CONFORME PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS E PADRONIZAÇÃO ANTERIOR.</p> <p>VALIDADE: O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>EMBALAGEM E TRANSPORTE: O PRODUTO DEVERÁ SER ACONDICIONADO EM EMBALAGEM INDIVIDUAL ESTÉRIL, COM EMBALAGEM SECUNDÁRIA QUE ASSEGURE PROTEÇÃO CONTRA UMIDADE, CONTAMINAÇÕES E DANOS FÍSICOS, PRESERVANDO SUA INTEGRIDADE, ADESIVIDADE E ESTERILIDADE ATÉ O MOMENTO DO USO. AS EMBALAGENS DEVERÃO ATENDER ÀS NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES E ÀS EXIGÊNCIAS DA ANVISA, CONTENDO IDENTIFICAÇÃO CLARA E LEGÍVEL DO PRODUTO, DIMENSÕES, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, PRAZO DE VALIDADE, MÉTODO DE ESTERILIZAÇÃO E INSTRUÇÕES DE USO.</p> <p>O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO EM CONFORMIDADE COM AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS PARA SAÚDE, GARANTINDO A MANUTENÇÃO DAS CONDIÇÕES ADEQUADAS DE CONSERVAÇÃO, EVITANDO EXPOSIÇÃO A TEMPERATURAS INADEQUADAS, COMPRESSÃO, UMIDADE EXCESSIVA OU IMPACTOS QUE POSSAM COMPROMETER A QUALIDADE, A SEGURANÇA E A EFICÁCIA DO PRODUTO.</p>	UN	200,000	9,450	1.890,00
00083	00044465	<p>LOTE: EPINEFRINA HEMITARTARATO 1MG INJ - EPINEFRINA HEMITARTARATO 1MG INJ DESCRIÇÃO TÉCNICA – EPINEFRINA (HEMITARTARATO) 1 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL -ADRENALINA</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: blue;">NF </p> <p>MEDICAMENTO: EPINEFRINA (HEMITARTARATO DE EPINEFRINA) CONCENTRAÇÃO: 1 MG/ML FORMA FARMACÉUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL APRESENTAÇÃO: AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAMUSCULAR, SUBCUTÂNEA OU INTRAVENOSA, CONFORME PROTOCOLO CLÍNICO</p>	AM	1000,000	1,050	1.050,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>USO: ADULTO E PEDIÁTRICO TIPO: MEDICAMENTO DE USO HOSPITALAR INDICAÇÃO DO MEDICAMENTO: A EPINEFRINA É INDICADA PARA O TRATAMENTO DE EMERGÊNCIAS GRAVES, TAIS COMO: ANAFILAXIA E REAÇÕES ALÉRGICAS AGUDAS GRAVES; PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (COMO AGENTE ADJUVANTE NA RESSUSCITAÇÃO); BRONCOESPASMO AGUDO SEVERO NÃO RESPONSIVO A OUTRAS TERAPIAS; SITUAÇÕES QUE EXIGEM VASOCONSTRIÇÃO E SUPORTE CARDIOVASCULAR IMEDIATO. ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS EXIGIDAS: SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL COM 1 MG/ML DE HEMITARTARATO DE EPINEFRINA. SOLUÇÃO LÍMPIDA, INCOLOR A LEVEMENTE AMARELADA, ISENTA DE PARTÍCULAS. EMBALAGEM PRIMÁRIA EM AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA DE VIDRO OU MATERIAL APROPRIADO, RESISTENTE E DE FÁCIL ABERTURA. PRODUTO TERMOESTÁVEL E DE USO EXCLUSIVO HOSPITALAR, COM ESSA INFORMAÇÃO NO RÓTULO. DEVE POSSUIR REGISTRO ATIVO NA ANVISA. PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO DE 18 MESES NA DATA DE ENTREGA. FORNECIMENTO ACOMPANHADO DE BULA ATUALIZADA E CONFORME FARMACOPEIA BRASILEIRA. RÓTULO CONTENDO: NOME DO MEDICAMENTO, CONCENTRAÇÃO, VOLUME, VIA DE ADMINISTRAÇÃO, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: EMBALAGEM SECUNDÁRIA ÍNTEGRA, SEM DANOS OU VIOLAÇÃO. PRODUTO ENTREGUE SEM VAZAMENTOS, SUJIDADES OU AVARIAS. TRANSPORTE CONFORME BOAS PRÁTICAS DE DISTRIBUIÇÃO. ARMAZENAMENTO EM TEMPERATURA AMBIENTE CONTROLADA, AO ABRIGO DA LUZ.</p>				
00084	00044478	<p>LOTE: PETIDINA CLORIDRATO 50MG/ML - PETIDINA CLORIDRATO 50MG/ML PETIDINA (MEPERIDINA) CLORIDRATO 50 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL</p> <p style="text-align: center;">CZ </p> <p>DESCRIÇÃO: MEDICAMENTO CONTENDO PETIDINA (MEPERIDINA) CLORIDRATO 50 MG/ML, APRESENTADO SOB A FORMA DE SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, LÍMPIDA E INCOLOR, PARA USO INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSO OU SUBCUTÂNEO, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOTADA PELA REDE DE SAÚDE. O PRODUTO DEVERÁ POSSUIR REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, SER ACONDICIONADO EM AMPOLAS, COM ROTULAGEM ADEQUADA, BULA OFICIAL E EMBALAGEM QUE ASSEGURE A INTEGRIDADE, ESTABILIDADE, RASTREABILIDADE E CONTROLE DO MEDICAMENTO DURANTE O ARMAZENAMENTO, TRANSPORTE E USO, OBSERVADAS AS EXIGÊNCIAS APLICÁVEIS A MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA O TRATAMENTO DA DOR MODERADA A INTENSA, ESPECIALMENTE EM SITUAÇÕES AGUDAS, PÓS-OPERATÓRIAS, TRAUMÁTICAS OU OBSTÉTRICAS, QUANDO NECESSÁRIO O USO DE ANALGÉSICO OPIOIDE, CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS E A PADRONIZAÇÃO ANTERIOR ADOTADA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>VALIDADE: O MEDICAMENTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>EMBALAGEM E TRANSPORTE: O MEDICAMENTO DEVERÁ SER ACONDICIONADO EM EMBALAGEM PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA ADEQUADAS, QUE GARANTAM PROTEÇÃO CONTRA LUZ, UMIDADE, CONTAMINAÇÕES E DANOS FÍSICOS, PRESERVANDO SUA QUALIDADE E ESTABILIDADE. AS EMBALAGENS DEVERÃO ATENDER ÀS EXIGÊNCIAS DA FARMACOPEIA BRASILEIRA, ÀS NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES E À LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA PARA MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL, CONTENDO IDENTIFICAÇÃO CLARA E LEGÍVEL DO PRODUTO, CONCENTRAÇÃO, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, PRAZO DE VALIDADE, VIA DE ADMINISTRAÇÃO E DEMAIS INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS.</p> <p>O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO EM CONFORMIDADE COM AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS, COM</p>	AM	800,000	2,950	2.360,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		AS ORIENTAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA E COM A LEGISLAÇÃO APLICÁVEL A MEDICAMENTOS CONTROLADOS, ASSEGURANDO A MANUTENÇÃO DAS CONDIÇÕES ADEQUADAS DE CONSERVAÇÃO E SEGURANÇA DURANTE TODO O TRAJETO, EVITANDO EXPOSIÇÃO A TEMPERATURAS INADEQUADAS, IMPACTOS OU QUAISQUER CONDIÇÕES QUE POSSAM COMPROMETER A INTEGRIDADE E A EFICÁCIA DO MEDICAMENTO.				
00085	00044479	<p>LOTE: LIDOCAÍNA 2% INJ. FR 20ML - LIDOCAÍNA 2% INJ. FR 20ML LIDOCAÍNA 2% – SOLUÇÃO INJETÁVEL – FRASCO 20 ML – SEM VASOCONSTRITOR / SEM ADRENALINA DESCRIÇÃO TÉCNICA – PADRÃO PARA LICITAÇÃO</p> <p>1. NOME DO PRODUTO: LIDOCAÍNA 2% – SOLUÇÃO INJETÁVEL SEM VASOCONSTRITOR (SEM ADRENALINA). 2. FORMA FARMACÉUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, APIROGÊNICA E DE USO ÚNICO OU MULTIDOSE (CONFORME REGISTRO ANVISA). 3. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA: CADA ML CONTÉM: LIDOCAÍNA CLORIDRATO 20 MG (2%) EXCIPIENTES ESTÉREIS Q.S.P. ISENTO DE ADRENALINA OU QUALQUER AGENTE VASOCONSTRITOR/VASODILATADOR. 4. APRESENTAÇÃO: FRASCO-AMPOLA DE 20 ML, EM VIDRO OU POLIPROPILENO GRAU FARMACÉUTICO. TAMPA DE BORRACHA BUTÍLICA E LACRE METÁLICO OU PLÁSTICO. EMBALAGEM SECUNDÁRIA COM IDENTIFICAÇÃO COMPLETA. 5. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS: PRODUTO ESTÉRIL, APIROGÊNICO, ISENTO DE PARTÍCULAS E DE VASOCONSTRITORES. SOLUÇÃO LÍMPIDA, INCOLOR. ROTULAGEM CONTENDO OBRIGATORIAMENTE: NOME DO FÁRMACO E CONCENTRAÇÃO; INDICAÇÃO "SEM ADRENALINA"; VIA DE ADMINISTRAÇÃO; LOTE, FABRICAÇÃO E VALIDADE; FABRICANTE/CNPJ; REGISTRO ANVISA. FRASCO ÍNTEGRO, SELADO, LIVRE DE VAZAMENTOS. PRODUTO ISENTO DE LÁTEX. 6. FINALIDADE/INDICAÇÃO: INDICADO PARA: ANESTESIA LOCAL E REGIONAL; BLOQUEIO NERVOSO; PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, AMBULATORIAIS E DE PRONTO ATENDIMENTO; USO HOSPITALAR.</p> <p>7. ARMAZENAMENTO: MANTER ENTRE 15°C E 30°C, PROTEGIDO DA LUZ. NÃO CONGELAR. 8. NORMAS E GARANTIAS: PRODUTO COM REGISTRO ATIVO NA ANVISA. FABRICADO SEGUNDO BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO (BPF). VALIDADE MÍNIMA: 18 MESES NO ATO DA ENTREGA. RASTRABILIDADE TOTAL DO LOTE. 9. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: ENTREGA EM LOTES UNIFORMES (MESMOLOTE POR REMESSA).</p>	FR	1000,000	4,450	4.450,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114


PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>EMBALAGENS SECUNDÁRIAS E FRASCOS ÍNTEGROS, LACRADOS E SEM VIOLAÇÃO. SUBSTITUIÇÃO IMEDIATA EM CASO DE QUALQUER INCONFORMIDADE. NOTA FISCAL CONTENDO LOTE, QUANTIDADE, VALIDADE E FABRICANTE. FORNECEDOR DEVE GARANTIR REGULARIDADE E CONTINUIDADE DO FORNECIMENTO.</p>				
00086	00044480	<p>LOTE: BUTILBROMETO ESCOPOLAMINA+DIP INJ - BUTILBROMETO ESCOPOLAMINA+DIP INJ DESCRIÇÃO DO PRODUTO – BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 4 MG/ML + DAPIRONA 500 MG/ML</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: blue;">OK </p> <p>SOLUÇÃO INJETÁVEL – AMPOLA 5 ML</p> <p>MEDICAMENTO COMBINADO DE BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 4 MG/ML E DAPIRONA SÓDICA 500 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL E APIROGÊNICA, DESTINADO AO ALÍVIO RÁPIDO DE CÓLICAS E DORES ESPÁSTICAS EM AMBIENTE HOSPITALAR. APRESENTADO EM AMPOLA DE 5 ML, DOSE ÚNICA.</p> <p>COMPOSIÇÃO POR ML:</p> <p>4 MG DE BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA</p> <p>500 MG DE DAPIRONA SÓDICA</p> <p>VEÍCULO: SOLUÇÃO AQUOSA ESTÉRIL COM EXCIPIENTES PERMITIDOS PELA ANVISA.</p> <p>CARACTERÍSTICAS OBRIGATÓRIAS:</p> <p>APRESENTAÇÃO: AMPOLA DE VIDRO INCOLOR OU ÂMBAR, SELADA, CONTENDO 5 ML.</p> <p>PRODUTO DEVE SER:</p> <p>LÍQUIDO LÍMPIDO</p> <p>INCOLOR</p> <p>ESTÉRIL</p> <p>APIROGÊNICO</p> <p>LIVRE DE PARTÍCULAS, PRECIPITADOS OU TURVAÇÃO</p> <p>VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAMUSCULAR (IM) OU INTRAVENOSA (IV), CONFORME RECOMENDAÇÃO DO FABRICANTE.</p> <p>ROTULAGEM OBRIGATÓRIA CONTENDO:</p> <p>NOME DO MEDICAMENTO</p> <p>CONCENTRAÇÕES DOS PRINCÍPIOS ATIVOS</p> <p>VOLUME (5 ML)</p>	AM	10000,000	1,320	13.200,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>LOTE</p> <p>DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE</p> <p>FABRICANTE/IMPORTADOR</p> <p>EMBALAGEM SECUNDÁRIA DEVE CONTER BULA ATUALIZADA.</p> <p>VALIDADE MÍNIMA DE 24 MESES NA DATA DA ENTREGA.</p> <p>PRODUTO COM REGISTRO ATIVO NA ANVISA.</p> <p>ARMAZENAMENTO CONFORME ORIENTAÇÃO DO FABRICANTE, PROTEGIDO DA LUZ E CALOR EXCESSIVO.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO PELA UNIDADE: TRATAMENTO DE CÓLICAS ABDOMINAIS, BILIARES, RENAIIS, ESPASMOS GASTROINTESTINAIS E DEMAIS DORES ESPÁSTICAS AGUDAS EM PRONTOS ATENDIMENTOS E SERVIÇOS DE URGÊNCIA.</p>				
00087	00044481	<p>LOTE: BUTILBROMETO ESCOP. SIMPLES - BUTILBROMETO ESCOP. SIMPLES</p> <p>DESCRIÇÃO DO PRODUTO - BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 20 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL, AMPOLA 1 ML</p> <p>BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 20 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL E APIROGÊNICA, UTILIZADA COMO ANTIESPASMÓDICO EM AMBIENTE HOSPITALAR, APRESENTADA EM AMPOLA DE 1 ML, DOSE ÚNICA.</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: blue;">OK </p> <p>COMPOSIÇÃO:</p> <p>CADA ML CONTÉM 20 MG DE BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA.</p> <p>VEÍCULO: SOLUÇÃO AQUOSA ESTÉRIL COM EXCIPIENTES APROVADOS CONFORME NORMAS SANITÁRIAS.</p> <p>CARACTERÍSTICAS OBRIGATÓRIAS:</p> <p>APRESENTAÇÃO: AMPOLA DE VIDRO INCOLOR OU ÂMBAR, SELADA, CONTENDO 1 ML.</p> <p>PRODUTO DEVE SER:</p> <p>LÍQUIDO LÍMPIDO,</p> <p>INCOLOR,</p> <p>ESTÉRIL,</p> <p>APIROGÊNICO,</p>	AM	4000,000	1,010	4.040,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114


PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>LIVRE DE PARTÍCULAS OU PRECIPITADOS.</p> <p>VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAVENOSA (IV) OU INTRAMUSCULAR (IM), CONFORME INDICAÇÃO DO FABRICANTE.</p> <p>ROTULAGEM OBRIGATÓRIA CONTENDO:</p> <p>NOME DO MEDICAMENTO,</p> <p>CONCENTRAÇÃO (20 MG/ML),</p> <p>VOLUME (1 ML),</p> <p>LOTE,</p> <p>DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE,</p> <p>FABRICANTE/IMPORTADOR.</p> <p>EMBALAGEM SECUNDÁRIA CONTENDO BULA ATUALIZADA.</p> <p>VALIDADE MÍNIMA DE 24 MESES NA DATA DA ENTREGA</p> <p>PRODUTO DEVE POSSUIR REGISTRO ATIVO NA ANVISA.</p> <p>ARMAZENAMENTO CONFORME ORIENTAÇÃO DO FABRICANTE, PROTEGIDO DA LUZ E CALOR EXCESSIVO.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO PELA UNIDADE: TRATAMENTO DE CÓLICAS, ESPASMOS GASTROINTESTINAIS, BILIARES, URINÁRIOS E SITUAÇÕES EMERGENCIAIS QUE EXIJAM AÇÃO ANTIESPASMÓDICA RÁPIDA.</p>				
00088	00044485	<p>LOTE: PROMETAZINA CLORIDRATO 25MG INJ. - PROMETAZINA CLORIDRATO 25MG INJ. PROMETAZINA CLORIDRATO 25 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL</p> <p style="text-align: center;">NC CRISTALIA BQ</p> <p>DESCRIÇÃO: MEDICAMENTO CONTENDO PROMETAZINA CLORIDRATO 25 MG/ML, APRESENTADO SOB A FORMA DE SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, LÍMPIDA E INCOLOR A LEVEMENTE AMARELADA, PARA USO INTRAMUSCULAR E/OU INTRAVENOSO, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOTADA PELA REDE DE SAÚDE. O PRODUTO DEVERÁ POSSUIR REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, SER ACONDICIONADO EM AMPOLAS, COM ROTULAGEM ADEQUADA, BULA OFICIAL E EMBALAGEM QUE ASSEGURE A INTEGRIDADE, ESTABILIDADE E RASTREABILIDADE DO MEDICAMENTO DURANTE O ARMAZENAMENTO, TRANSPORTE E USO.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO COMO ANTI-HISTAMÍNICO, ANTIEMÉTICO E SEDATIVO, SENDO UTILIZADO NO TRATAMENTO DE REAÇÕES ALÉRGICAS, NÁUSEAS E VÔMITOS, PREVENÇÃO DE REAÇÕES ANAFILÁTICAS (COMO TERAPIA ADJUVANTE), PRÉ-MEDICAÇÃO ANESTÉSICA E EM OUTRAS CONDIÇÕES CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS E A PADRONIZAÇÃO ANTERIOR ADOTADA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>VALIDADE: O MEDICAMENTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p>	AM	2000,000	3,700	7.400,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>EMBALAGEM E TRANSPORTE: O MEDICAMENTO DEVERÁ SER ACONDICIONADO EM EMBALAGEM PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA ADEQUADAS, QUE GARANTAM PROTEÇÃO CONTRA LUZ, UMIDADE, CONTAMINAÇÕES E DANOS FÍSICOS, PRESERVANDO SUA QUALIDADE E ESTABILIDADE. AS EMBALAGENS DEVERÃO ATENDER ÀS EXIGÊNCIAS DA FARMACOPEIA BRASILEIRA E ÀS NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES, CONTENDO IDENTIFICAÇÃO CLARA E LEGÍVEL DO PRODUTO, CONCENTRAÇÃO, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, PRAZO DE VALIDADE, VIA DE ADMINISTRAÇÃO E DEMAIS INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS.</p> <p>O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO EM CONFORMIDADE COM AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS E COM AS ORIENTAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA, ASSEGURANDO A MANUTENÇÃO DAS CONDIÇÕES ADEQUADAS DE CONSERVAÇÃO DURANTE TODO O TRAJETO, EVITANDO EXPOSIÇÃO A TEMPERATURAS INADEQUADAS, IMPACTOS OU QUAISQUER CONDIÇÕES QUE POSSAM COMPROMETER A INTEGRIDADE E A EFICÁCIA DO MEDICAMENTO.</p>				
00089	00044511	<p>LOTE: TESTE RÁPIDO DO ANTG. DA COVID-19 - TESTE RÁPIDO DO ANTG. DA COVID-19 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTÍGENO SARS-COV-2 (COVID-19) – KIT COM 25 TESTES </p> <p>DESCRIÇÃO: TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO QUALITATIVA DO ANTÍGENO SARS-COV-2, APRESENTADO EM KIT COMPLETO PARA 25 TESTES, CONTENDO:</p> <p>25 CASSETES DE TESTE;</p> <p>1 FRASCO DE TAMPÃO DE AMOSTRA DE 10 ML;</p> <p>25 SWABS DE COLETA;</p> <p>25 TUBOS DE AMOSTRA;</p> <p>1 ESTANTE PARA TUBOS DE AMOSTRA.</p> <p>O PRODUTO DEVERÁ PERMITIR DETECÇÃO DIRETA DO ANTÍGENO VIRAL EM AMOSTRAS DE SECREÇÃO RESPIRATÓRIA (SWAB NASAL OU NASOFARÍNGEO), COM LEITURA VISUAL RÁPIDA E PRECISA, SEGUINDO PROTOCOLOS DE BIOSSEGURANÇA.</p> <p>FLEXIBILIDADE DE ENTREGA: PODERÃO SER ACEITOS KITS COM MAIOR OU MENOR QUANTIDADE DE TESTES, DESDE QUE A PROPORÇÃO SEJA MANTIDA CONFORME INSTRUÇÕES DO FABRICANTE, GARANTINDO A COMPATIBILIDADE DO KIT COMPLETO.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA TRIAGEM RÁPIDA DE CASOS SUSPEITOS DE COVID-19, MONITORAMENTO EPIDEMIOLÓGICO, APOIO A DECISÕES CLÍNICAS E CONTROLE DE SURTOS, EM CONFORMIDADE COM PROTOCOLOS INSTITUCIONAIS E DE SAÚDE PÚBLICA.</p> <p>REGULARIZAÇÃO SANITÁRIA: PRODUTO COM REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, CLASSIFICADO COMO PRODUTO PARA DIAGNÓSTICO IN VITRO (IVD), EM CONFORMIDADE COM A RDC Nº 751/2022 E DEMAIS NORMAS APLICÁVEIS, GARANTINDO QUALIDADE, CONFIABILIDADE E RASTREABILIDADE.</p> <p>VALIDADE: O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>EMBALAGEM E TRANSPORTE: O KIT DEVERÁ SER ACONDICIONADO EM EMBALAGEM RESISTENTE, PROTEGENDO TODOS OS COMPONENTES CONTRA UMIDADE, IMPACTO E CONTAMINAÇÃO, E TRANSPORTADO CONFORME AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS PARA DIAGNÓSTICO IN VITRO, ASSEGURANDO A ESTABILIDADE, INTEGRIDADE E EFICÁCIA DO TESTE ATÉ O MOMENTO DO USO.</p>	KT	1000,000	138,500	138.500,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
00090	00044628	<p>LOTE: CARVÃO VEGETAL ATIVADO PÓ - CARVÃO VEGETAL ATIVADO PÓ DESCRIÇÃO TÉCNICA - CARVÃO ATIVADO EM PÓ (USO EM EMERGÊNCIA / ENVENENAMENTO)</p> <p style="text-align: center; color: blue; font-size: 2em;">NT </p> <p>CARVÃO ATIVADO EM PÓ, GRAU FARMACÊUTICO, DESTINADO AO ATENDIMENTO EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA MANEJO INICIAL DE INTOXICAÇÕES AGUDAS E ENVENENAMENTOS. PRODUTO DE ALTA PUREZA, OBTIDO POR ATIVAÇÃO FÍSICA OU QUÍMICA, COM ELEVADA ÁREA SUPERFICIAL DE ADSORÇÃO. CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS: APRESENTAÇÃO: PÓ FINO, DE COLORAÇÃO PRETA INTENSA, LIVRE DE GRUMOS E IMPUREZAS. EMBALAGEM INDIVIDUAL ESTÉRIL OU PARA USO IMEDIATO, HERMETICAMENTE FECHADA. CONTEÚDO POR UNIDADE: 250G COMPOSIÇÃO: 100% CARVÃO ATIVADO DE ORIGEM VEGETAL OU MINERAL, PRÓPRIO PARA USO MEDICINAL. ISENTO DE ADITIVOS, CONSERVANTES, AROMATIZANTES OU EXCIPIENTES. ESPECIFICAÇÕES DE QUALIDADE: GRAU FARMACÊUTICO, ATENDENDO ÀS ESPECIFICAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA E/OU EQUIVALENTES INTERNACIONAIS. ÁREA SUPERFICIAL DE ADSORÇÃO MÍNIMA: 900 M²/G. GRANULOMETRIA: PÓ MICRONIZADO, ADEQUADO PARA PREPARO EM SUSPENSÃO ORAL. PH NEUTRO OU LEVEMENTE ALCALINO, CONFORME ESPECIFICAÇÃO FARMACOPÉICA. SOLUBILIDADE: INSOLÚVEL EM ÁGUA, MAS SUSPENSÍVEL SEM FORMAÇÃO EXCESSIVA DE ESPUMA. USO PREVISTO: INDICADO PARA TRATAMENTO INICIAL DE INTOXICAÇÕES AGUDAS POR VIA ORAL, CONFORME PROTOCOLOS DE URGÊNCIA. DEVE PERMITIR DILUIÇÃO IMEDIATA EM ÁGUA OU SOLUÇÃO APROPRIADA PARA ADMINISTRAÇÃO ENTERAL. EMBALAGEM E ROTULAGEM: EMBALAGEM FRASCO ERMÉTICO RESISTENTE, LACRADA E IDENTIFICADA COM: NOME DO PRODUTO, LOTE, VALIDADE, FABRICANTE, COMPOSIÇÃO, MODO DE USO E CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO. VALIDADE MÍNIMA AO RECEBER: 24 MESES. CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO: CONSERVAR EM LOCAL SECO, FRESCO, PROTEGIDO DA LUZ E UMIDADE. REGULAMENTAÇÃO: PRODUTO DEVE POSSUIR REGISTRO OU NOTIFICAÇÃO VIGENTE NA ANVISA, CONFORME LEGISLAÇÃO APLICÁVEL.</p>	FR	2,000	20,370	40,74
00091	00045405	<p>LOTE: ETILEFRINA 10 MG INJETÁVEL/ 1ML - ETILEFRINA 10 MG INJETÁVEL/ 1ML DESCRIÇÃO TÉCNICA - ETILEFRINA 10 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL</p> <p style="text-align: center; color: red; font-size: 2em;">NC UNIÃO</p> <p>MEDICAMENTO: ETILEFRINA CONCENTRAÇÃO: 10 MG/ML VOLUME DA UNIDADE: AMPOLA COM 1 ML FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAMUSCULAR OU INTRAVENOSA LENTA, CONFORME PROTOCOLO CLÍNICO USO: ADULTO E PEDIÁTRICO TIPO: MEDICAMENTO DE USO HOSPITALAR INDICAÇÃO DO MEDICAMENTO: A ETILEFRINA É INDICADA PARA O TRATAMENTO DE EPISÓDIOS DE HIPOTENSÃO AGUDA, INCLUINDO: HIPOTENSÃO POR CHOQUE CIRCULATÓRIO LEVE A MODERADO; HIPOTENSÃO PERIOPERATÓRIA; SITUAÇÕES QUE DEMANDEM AÇÃO VASOPRESSORA PARA RESTAURAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL; APOIO HEMODINÂMICO EM EMERGÊNCIAS, CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS. ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS EXIGIDAS:</p>	AM	200,000	1,840	368,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL CONTENDO 10 MG DE ETILEFRINA POR ML. SOLUÇÃO LÍMPIDA, INCOLOR OU LEVEMENTE AMARELADA, LIVRE DE PARTÍCULAS. EMBALAGEM PRIMÁRIA EM AMPOLA DE 1 ML, FABRICADA EM VIDRO OU MATERIAL COMPATÍVEL, RESISTENTE E DE FÁCIL MANUSEIO. PRODUTO TERMOESTÁVEL, COM INDICAÇÃO DE USO EXCLUSIVO HOSPITALAR NO RÓTULO. REGISTRO ATIVO NA ANVISA. VALIDADE MÍNIMA DE 18 MESES A PARTIR DA ENTREGA. ACOMPANHADO DE BULA ATUALIZADA, CONFORME FARMACOPEIA BRASILEIRA. RÓTULO CONTENDO: NOME DO MEDICAMENTO, CONCENTRAÇÃO, VOLUME, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, VALIDADE E VIA DE ADMINISTRAÇÃO. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: EMBALAGEM SECUNDÁRIA ÍNTEGRA, SEM AVARIAS OU VIOLAÇÃO. PRODUTO DEVE SER ENTREGUE SEM SUJIDADES, VAZAMENTOS OU DEFORMAÇÕES. TRANSPORTE CONFORME BOAS PRÁTICAS DE DISTRIBUIÇÃO. ARMAZENAMENTO ADEQUADO EM TEMPERATURA AMBIENTE CONTROLADA, PROTEGIDO DA LUZ.</p>				
00092	00045449	<p>LOTE: NITROGLICERINA 5MG/ML INJ. - NITROGLICERINA 5MG/ML INJ. NITROGLICERINA 5 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL NC CRISTALIA OK ✓ DESCRIÇÃO: MEDICAMENTO CONTENDO NITROGLICERINA 5 MG/ML, APRESENTADO SOB A FORMA DE SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, LÍMPIDA E INCOLOR A LEVEMENTE AMARELADA, PARA USO INTRAVENOSO, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOTADA PELA REDE DE SAÚDE. O PRODUTO DEVERÁ POSSUIR REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, SER ACONDICIONADO EM AMPOLAS OU FRASCOS-AMPOLA, COM ROTULAGEM ADEQUADA, BULA OFICIAL E EMBALAGEM QUE ASSEGURE A INTEGRIDADE, ESTABILIDADE E RASTREABILIDADE DO MEDICAMENTO DURANTE O ARMAZENAMENTO, TRANSPORTE E USO.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA O TRATAMENTO E CONTROLE DE CONDIÇÕES CARDIOVASCULARES, TAIS COMO ANGINA PECTORIS, SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA, EDEMA AGUDO DE PULMÃO E CRISES HIPERTENSIVAS, BEM COMO PARA O CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL EM SITUAÇÕES CRÍTICAS, DE ACORDO COM OS PROTOCOLOS CLÍNICOS E A PADRONIZAÇÃO ANTERIOR ADOTADA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>VALIDADE: O MEDICAMENTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>EMBALAGEM E TRANSPORTE: O MEDICAMENTO DEVERÁ SER ACONDICIONADO EM EMBALAGEM PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA ADEQUADAS, QUE GARANTAM PROTEÇÃO CONTRA LUZ, UMIDADE, CONTAMINAÇÕES E DANOS FÍSICOS, PRESERVANDO SUA QUALIDADE E ESTABILIDADE. AS EMBALAGENS DEVERÃO ATENDER ÀS EXIGÊNCIAS DA FARMACOPEIA BRASILEIRA E ÀS NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES, CONTENDO IDENTIFICAÇÃO CLARA E LEGÍVEL DO PRODUTO, CONCENTRAÇÃO, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, PRAZO DE VALIDADE, VIA DE ADMINISTRAÇÃO E DEMAIS INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS.</p> <p>O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO EM CONFORMIDADE COM AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS E COM AS ORIENTAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA, ASSEGURANDO A MANUTENÇÃO DAS CONDIÇÕES ADEQUADAS DE CONSERVAÇÃO DURANTE TODO O TRAJETO, EVITANDO EXPOSIÇÃO A TEMPERATURAS INADEQUADAS, LUZ EXCESSIVA, IMPACTOS OU QUAISQUER CONDIÇÕES QUE POSSAM COMPROMETER A INTEGRIDADE E A EFICÁCIA DO MEDICAMENTO.</p>	UND	120,000	43,320	5.198,40
00093	00045450	<p>LOTE: PROPOFOL 10MG/ML INJ. AMP. 20ML - PROPOFOL 10MG/ML INJ. AMP. 20ML PROPOFOL 10 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL – AMPOLA 20 ML BQ ✓ DESCRIÇÃO: MEDICAMENTO CONTENDO PROPOFOL 10 MG/ML, APRESENTADO SOB A FORMA DE EMULSÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, HOMOGÊNEA, DE COLORAÇÃO BRANCA A ESBRANQUIÇADA, PARA USO INTRAVENOSO, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOTADA PELA REDE DE SAÚDE. O</p>	UND	120,000	11,400	1.368,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114



PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL	
		<p>PRODUTO DEVERÁ POSSUIR REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, SER ACONDICIONADO EM AMPOLAS DE 20 ML, COM ROTULAGEM ADEQUADA, BULA OFICIAL E EMBALAGEM QUE ASSEGURE A INTEGRIDADE, ESTABILIDADE, RASTREABILIDADE E QUALIDADE DO MEDICAMENTO DURANTE O ARMAZENAMENTO, TRANSPORTE E USO.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA INDUÇÃO E MANUTENÇÃO DE ANESTESIA GERAL, SEDAÇÃO DE PACIENTES SUBMETIDOS A PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS OU TERAPÊUTICOS, BEM COMO PARA SEDAÇÃO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA, CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS E A PADRONIZAÇÃO ANTERIOR ADOTADA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>VALIDADE: O MEDICAMENTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>EMBALAGEM E TRANSPORTE: O MEDICAMENTO DEVERÁ SER ACONDICIONADO EM EMBALAGEM PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA ADEQUADAS, QUE GARANTAM PROTEÇÃO CONTRA LUZ, UMIDADE, CONTAMINAÇÕES E DANOS FÍSICOS, PRESERVANDO SUA QUALIDADE E ESTABILIDADE. AS EMBALAGENS DEVERÃO ATENDER ÀS EXIGÊNCIAS DA FARMACOPEIA BRASILEIRA, ÀS NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES E ÀS BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO, CONTENDO IDENTIFICAÇÃO CLARA E LEGÍVEL DO PRODUTO, CONCENTRAÇÃO, VOLUME, LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, PRAZO DE VALIDADE, VIA DE ADMINISTRAÇÃO E DEMAIS INFORMAÇÕES OBRIGATORIAS.</p> <p>O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO EM CONFORMIDADE COM AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS E COM AS ORIENTAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA, ASSEGURANDO A MANUTENÇÃO DAS CONDIÇÕES ADEQUADAS DE CONSERVAÇÃO DURANTE TODO O TRAJETO, EVITANDO EXPOSIÇÃO A TEMPERATURAS INADEQUADAS, CONGELAMENTO, AGITAÇÃO EXCESSIVA OU QUAISQUER CONDIÇÕES QUE POSSAM COMPROMETER A INTEGRIDADE E A EFICÁCIA DO MEDICAMENTO.</p>					
00094	00045465	<p>LOTE: METROPOLOL 5MG (1MG/ML) - AMP. 5ML - METROPOLOL 5MG (1MG/ML) - AMP. 5ML TARTARATO DE METOPROLOL – SOLUÇÃO INJETÁVEL 1 MG/ML – AMPOLA 5 ML</p> <p>DESCRIÇÃO TÉCNICA – PADRÃO PARA LICITAÇÃO</p> <p>1. NOME DO PRODUTO: TARTARATO DE METOPROLOL – SOLUÇÃO INJETÁVEL 1 MG/ML.</p> <p>2. FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, APIROGÊNICA, LÍMPIDA E DE USO INTRAVENOSO.</p> <p>3. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA: CADA ML CONTÉM: TARTARATO DE METOPROLOL 1 MG EXCIPIENTES ESTÉREIS Q.S.P. CADA AMPOLA DE 5 ML CONTÉM: 5 MG DE METOPROLOL (1 MG/ML)</p> <p>4. APRESENTAÇÃO: AMPOLAS DE 5 ML, CONTENDO SOLUÇÃO INJETÁVEL DE 1 MG/ML. AMPOLAS DE VIDRO TRANSPARENTE OU POLIPROPILENO FARMACÊUTICO. EMBALAGENS EM CAIXAS COM 5, 10, 25 OU 50 AMPOLAS (ACEITAR CONFORME FABRICANTE). SISTEMA OPC (ONE POINT CUT) OU QUEBRA FACILITADA.</p> <p>5. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS: PRODUTO ESTÉRIL, APIROGÊNICO, ISENTO DE PARTÍCULAS. SOLUÇÃO LÍMPIDA, INCOLOR OU LEVEMENTE AMARELADA. ROTULAGEM OBRIGATÓRIA CONTENDO: NOME DO FÁRMACO E CONCENTRAÇÃO; VOLUME POR AMPOLA (5 ML); VIA IV;</p>	<p style="font-size: 2em; color: blue;">NC HALEX</p> <p style="font-size: 2em; color: red;">NF</p>	AM	60,000	19,580	1.174,80

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114


PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL	
		<p>LOTE, FABRICAÇÃO E VALIDADE; FABRICANTE/CNPJ; NÚMERO DO REGISTRO ANVISA. ISENTO DE LÁTEX. AMPOLAS ÍNTEGRAS, SEM FISSURAS OU VAZAMENTOS. 6. FINALIDADE/INDICAÇÃO: INDICADO PARA: CONTROLE DA FREQUÊNCIA CARDÍACA EM TAQUIARRITMIAS; TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL; CONTROLE DE ANGINA; SITUAÇÕES QUE EXIJAM EFEITO BETABLOQUEADOR RÁPIDO. USO RESTRITO A AMBIENTE HOSPITALAR. 7. ARMAZENAMENTO: CONSERVAR ENTRE 15°C E 30°C. PROTEGER DA LUZ. NÃO CONGELAR.</p> <p>8. NORMAS E GARANTIAS: REGISTRO ATIVO NA ANVISA. FABRICADO CONFORME BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO (BPF). VALIDADE MÍNIMA DE 18 MESES NO MOMENTO DA ENTREGA. LOTES COM RASTREABILIDADE COMPLETA. 9. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: PRODUTO DEVE SER ENTREGUE EM LOTES UNIFORMES (MESMO LOTE POR REMESSA). EMBALAGENS ÍNTEGRAS, LACRADAS E SEM VIOLAÇÃO. SUBSTITUIÇÃO IMEDIATA DE ITENS DANIFICADOS OU QUE APRESENTEM TURBIDEZ OU PARTÍCULAS. NOTA FISCAL CONTENDO LOTE, QUANTIDADE, FABRICANTE E VALIDADE. REGULARIDADE DE FORNECIMENTO GARANTIDA PELO FORNECEDOR DURANTE A VIGÊNCIA CONTRATUAL.</p>					
00095	00046313	<p>LOTE: CLOREXIDINA RIOHEX 0,5% SOLUÇÃO ALCOOLICA - CLOREXIDINA RIOHEX 0,5% SOLUÇÃO ALCOOLICA DESCRIÇÃO TÉCNICA PADRONIZADA GLUCONATO DE CLOREXIDINA 0,5% EM SOLUÇÃO ALCOÓLICA 70%, APRESENTADA EM FRASCO SPRAY OU ALMOTOLIA DE 100 ML . SOLUÇÃO TRANSPARENTE, ESTÁVEL E PRONTA PARA USO, INDICADA PARA ANTISSEPSIA DE PELE ÍNTEGRA. UTILIZAÇÃO NO PRONTO ATENDIMENTO, UBS, CONSULTÓRIOS, SALAS DE VACINA E ENFERMIARIAS. REDUÇÃO DA CARGA MICROBIANA ANTES DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS. REQUISITOS ADICIONAIS: SISTEMA DE FRASCO QUE PERMITA USO PRÁTICO E SEGURO (COM SISTEMA DE ABERTURA QUE NECESSITA DE MATERIAL CORTANTE, E PERMITA APÓS ABERTURA O ENXAIXE PERFEITO DA TAMPA ADICIONAL QUE DEVERÁ CONTER NA EMBALAGEM). ROTULAGEM CONFORME RDC 184/2001. REGISTRO ANVISA COMO ANTISSÉPTICO. PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO: 24 MESES.</p>		FR	500,000	2,570	1.285,00
00096	00046326	<p>LOTE: TERBUTALINA SULFATO INJET. - TERBUTALINA SULFATO INJET. SULFATO DE TERBUTALINA 0,5 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL – AMPOLA 1 ML</p> <p>DESCRIÇÃO: SULFATO DE TERBUTALINA, MEDICAMENTO BRONCODILATADOR AGONISTA BETA-2 ADRENÉRGICO, APRESENTADO NA FORMA DE SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, NA CONCENTRAÇÃO DE 0,5 MG/ML, DESTINADO À ADMINISTRAÇÃO SUBCUTÂNEA, INTRAVENOSA OU INTRAMUSCULAR, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E PROTOCOLOS CLÍNICOS VIGENTES.</p> <p>APRESENTAÇÃO:</p>		AM	500,000	2,040	1.020,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114


PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>AMPOLA CONTENDO 1 ML DE SOLUÇÃO INJETÁVEL ESTÉRIL, LÍMPIDA E INCOLOR.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA O TRATAMENTO DE BRONCOESPASMO AGUDO, ESPECIALMENTE EM CRISES ASMÁTICAS GRAVES, EXACERBAÇÕES DE DOENÇAS OBSTRUTIVAS DAS VIAS AÉREAS E OUTRAS SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE EXIJAM BRONCODILATAÇÃO RÁPIDA, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOTADA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>COMPOSIÇÃO: CADA 1 ML DA SOLUÇÃO CONTÉM: SULFATO DE TERBUTALINA 0,5 MG VEÍCULO ESTÉRIL Q.S.P. 1 ML</p> <p>VALIDADE: O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>REGULARIZAÇÃO SANITÁRIA: MEDICAMENTO COM REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, ATENDENDO ÀS DISPOSIÇÕES DA RDC Nº 157/2017 E DA RDC Nº 301/2019, QUE TRATAM DAS BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO DE MEDICAMENTOS, BEM COMO ÀS ESPECIFICAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA VIGENTE E DEMAIS NORMAS SANITÁRIAS APLICÁVEIS.</p> <p>EMBALAGEM: ACONDICIONADO EM AMPOLAS DE VIDRO NEUTRO, ESTÉREIS, ÍNTEGRAS, DEVIDAMENTE ROTULADAS, CONTENDO IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO, CONCENTRAÇÃO, VIA DE ADMINISTRAÇÃO, NÚMERO DO LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE.</p> <p>TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO: O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO CONFORME AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS, MANTENDO CONDIÇÕES ADEQUADAS DE TEMPERATURA, PROTEÇÃO CONTRA LUZ E INTEGRIDADE DA EMBALAGEM, PRESERVANDO A ESTABILIDADE, ESTERILIDADE E EFICÁCIA DO PRODUTO, EM CONFORMIDADE COM A FARMACOPEIA BRASILEIRA E ORIENTAÇÕES DO FABRICANTE.</p>				
00097	00048152	<p>LOTE: KIT TESTE PARA DETECÇÃO QUALITATIVA DO ANTIGENO RSV - KIT TESTE PARA DETECÇÃO QUALITATIVA DO ANTIGENO RSV KIT TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO QUALITATIVA DE ANTÍGENO RSV (VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO) – MIN. 25 TESTES</p> <p>DESCRIÇÃO: TESTE RÁPIDO, DO TIPO ENSAIO IMUNOCROMATOGRAFICO, PARA DETECÇÃO QUALITATIVA DE ANTÍGENOS DO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (RSV), EM AMOSTRAS DE SWAB NASOFARÍNGEO OU ASPIRADO/LAVADO NASOFARÍNGEO.</p> <p>O KIT DEVERÁ SER COMPLETO, CONTENDO:</p> <p style="text-align: center;">NT </p> <p>CONTROLE POSITIVO; CONTROLE NEGATIVO;</p> <p>TODOS OS ACESSÓRIOS NECESSÁRIOS PARA A REALIZAÇÃO DOS TESTES (TUBOS, PIPETAS, SWABS E DEMAIS MATERIAIS CONFORME ORIENTAÇÃO DO FABRICANTE).</p> <p>O PRODUTO DEVERÁ PERMITIR LEITURA VISUAL RÁPIDA E PRECISA DOS RESULTADOS, COM INTERPRETAÇÃO SIMPLES E SEGURA, GARANTINDO CONFIABILIDADE DIAGNÓSTICA PARA USO CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA TRIAGEM E DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE INFECÇÃO POR RSV, ESPECIALMENTE EM CRIANÇAS, PACIENTES IMUNOCOMPROMETIDOS E EM SURTOS HOSPITALARES OU COMUNITÁRIOS, CONFORME PROTOCOLOS INSTITUCIONAIS E DE SAÚDE PÚBLICA.</p> <p>REGULARIZAÇÃO SANITÁRIA: PRODUTO COM REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, CLASSIFICADO COMO PRODUTO PARA DIAGNÓSTICO IN VITRO (IVD), EM CONFORMIDADE COM A</p>	KT	600,000	375,190	225.114,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>RDC Nº 751/2022 E DEMAIS NORMAS SANITÁRIAS APLICÁVEIS, GARANTINDO QUALIDADE, CONFIABILIDADE E RASTREABILIDADE.</p> <p>VALIDADE: O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>EMBALAGEM E TRANSPORTE: O KIT DEVERÁ SER ACONDICIONADO EM EMBALAGEM RESISTENTE, PROTEGENDO TODOS OS COMPONENTES CONTRA UMIDADE, IMPACTO E CONTAMINAÇÃO, E TRANSPORTADO CONFORME AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS PARA DIAGNÓSTICO IN VITRO, ASSEGURANDO ESTABILIDADE, INTEGRIDADE E EFICÁCIA DO TESTE ATÉ O MOMENTO DO USO.</p> <p>QUANTIDADE MÍNIMA: O KIT DEVERÁ CONTER NO MÍNIMO 25 TESTES, PODENDO SER ACEITO KIT COM MAIOR QUANTIDADE DESDE QUE MANTENHA OS COMPONENTES OBRIGATÓRIOS PARA O CORRETO FUNCIONAMENTO DO ENSAIO.</p>				
00098	00048865	<p>LOTE: CLORETO DE SUXAMETONIO , AMP. 500MG EV/IM - CLORETO DE SUXAMETONIO , AMP. 500MG EV/IM CLORETO DE SUXAMETÔNIO 500 MG – PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL EV/IM</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>DESCRIÇÃO: CLORETO DE SUXAMETÔNIO (SUCCINILCOLINA), MEDICAMENTO BLOQUEADOR NEUROMUSCULAR DESPOLARIZANTE DE AÇÃO RÁPIDA E CURTA DURAÇÃO, APRESENTADO NA FORMA DE PÓ ESTÉRIL PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL, NA DOSAGEM DE 500 MG, DESTINADO À ADMINISTRAÇÃO ENDOVENOSA (EV) OU INTRAMUSCULAR (IM), APÓS RECONSTITUIÇÃO, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E PROTOCOLOS CLÍNICO-ANESTÉSICOS VIGENTES.</p> <p>APRESENTAÇÃO: FRASCO-AMPOLA CONTENDO 500 MG DE PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL, ESTÉRIL, APIROGÊNICO, PARA RECONSTITUIÇÃO COM DILUENTE ADEQUADO, CONFORME ORIENTAÇÃO DO FABRICANTE.</p> <p>INDICAÇÃO DE USO: INDICADO PARA RELAXAMENTO MUSCULAR DE CURTA DURAÇÃO, ESPECIALMENTE EM PROCEDIMENTOS DE INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL, ANESTESIA GERAL, VENTILAÇÃO MECÂNICA, EMERGÊNCIAS E PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS OU TERAPÊUTICOS QUE EXIJAM BLOQUEIO NEUROMUSCULAR RÁPIDO, CONFORME PADRONIZAÇÃO ANTERIORMENTE ADOTADA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>COMPOSIÇÃO: CADA FRASCO-AMPOLA CONTÉM:</p> <p>CLORETO DE SUXAMETÔNIO 500 MG</p> <p>EXCIPIENTES Q.S.P.</p> <p>VALIDADE: O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR PRAZO DE VALIDADE MÍNIMA DE 18 (DEZOITO) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SEU RECEBIMENTO DEFINITIVO PELO ÓRGÃO CONTRATANTE.</p> <p>REGULARIZAÇÃO SANITÁRIA: MEDICAMENTO COM REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, EM CONFORMIDADE COM A RDC Nº 157/2017 E RDC Nº 301/2019 (BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO DE MEDICAMENTOS), ATENDENDO ÀS ESPECIFICAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA VIGENTE E DEMAIS NORMAS SANITÁRIAS APLICÁVEIS.</p> <p>EMBALAGEM: ACONDICIONADO EM FRASCO-AMPOLA DE VIDRO NEUTRO, DEVIDAMENTE LACRADO, ROTULADO COM IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO,</p>	FR	120,000	18,080	2.169,60

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114


PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		DOSAGEM, VIA DE ADMINISTRAÇÃO, NÚMERO DO LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE. TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO: O TRANSPORTE DEVERÁ SER REALIZADO CONFORME AS BOAS PRÁTICAS DE TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS, GARANTINDO CONDIÇÕES ADEQUADAS DE TEMPERATURA, PROTEÇÃO CONTRA LUZ E INTEGRIDADE DA EMBALAGEM, PRESERVANDO A ESTABILIDADE, ESTERILIDADE E EFICÁCIA DO PRODUTO, CONFORME FARMACOPEIA BRASILEIRA E ORIENTAÇÕES DO FABRICANTE.				
00099	00048885	<p>LOTE: CLOREXIDINA 1% SOL. - CLOREXIDINA 1% SOL. GLICONATO DE CLOREXIDINA 1% – SOLUÇÃO AQUOSA</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: blue;">NC </p> <p>DESCRIÇÃO TÉCNICA PADRONIZADA</p> <p>GLUCONATO DE CLOREXIDINA 1%, SOLUÇÃO AQUOSA ANTISSÉPTICA, APRESENTADA EM FRASCOS DE 100 ML. , SOLUÇÃO LÍMPIDA, NÃO ALCOÓLICA, INDICADA PARA HIGIENIZAÇÃO DE FERIDAS E ÁREAS SENSÍVEIS DA PELE.</p> <p>INDICAÇÃO NAS UNIDADES DE SAÚDE:</p> <p>LIMPEZA E ANTISSEPSIA DE FERIDAS ABERTAS E ÁREAS SENSÍVEIS.</p> <p>HIGIENIZAÇÃO DE PELE E MUCOSAS PREVIAMENTE A PROCEDIMENTOS.</p> <p>USO EM CURATIVOS, SALA DE TRIAGEM, AMBULATÓRIO, UBS E ATENDIMENTO DOMICILIAR.</p> <p>ALTERNATIVA EM CASOS ONDE O USO DE ÁLCOOL ESTÁ CONTRAINDICADO</p> <p>.</p> <p>REQUISITOS ADICIONAIS:</p> <p>FRASCOS ADEQUADOS PARA USO HOSPITALAR, COM TAMPA SEGURA.</p> <p>(FRASCO ALMOTOLIA COM SISTEMA DE ABERTURA SEM NECESSIDADE DE MATERIAL CORTANTE, E PERMITA APÓS A ABERTURA O ACOPLAMENTO PERFEITO DA TAMPA , QUE DEVERÁ ACOMPANHAR O PRODUTO.)</p> <p>ROTULAGEM CONFORME RDC 184/2001.</p> <p>REGISTRO ANVISA ATIVO COMO ANTISSÉPTICO.</p> <p>PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO: 24 MESES.</p>	FR	500,000	2,870	1.435,00
00100	00048886	<p>LOTE: DIMENIDRINATO + PIRIDOXINA 50MG/ML/50MG/ML - DIMENIDRINATO + PIRIDOXINA 50MG/ML/50MG/ML DIMENIDRINATO 50 MG/ML + PIRIDOXINA (VITAMINA B6) 50 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL – AMPOLA 1 ML – MEDICAMENTO: DIMENIDRINATO + PIRIDOXINA (VITAMINA B6) APRESENTAÇÃO: SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLAS DE 1 ML CONCENTRAÇÃO POR ML:</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: blue;">NC CZ </p> <p>DIMENIDRINATO: 50 MG PIRIDOXINA (VITAMINA B6): 50 MG VIA DE ADMINISTRAÇÃO: INTRAMUSCULAR (IM) CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS OBRIGATÓRIAS: SOLUÇÃO ESTÉRIL, LÍMPIDA, APIROGÊNICA E ISENTA DE PARTÍCULAS. PREFERÊNCIA PARA MEDICAMENTO GENÉRICO.</p>	AM	3000,000	3,050	9.150,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
 CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL	
		PRODUTO DEVE POSSUIR REGISTRO ATIVO NA ANVISA. AMPOLAS DE VIDRO DE 1 ML, EMBALADAS EM CAIXA COM 50 UNIDADES. ACONDICIONAMENTO QUE GARANTA INTEGRIDADE, ESTERILIDADE E ESTABILIDADE. DEVE ATENDER ÀS ESPECIFICAÇÕES DA FARMACOPEIA BRASILEIRA E NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES. INDICAÇÕES GERAIS (USO CLÍNICO): PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE NÁUSEAS, VÔMITOS E TONTURAS. TRATAMENTO AUXILIAR DE LABIRINTITES E DISTÚRBIOS VESTIBULARES. INDICADO TAMBÉM PARA CINETOSE (ENJOO POR MOVIMENTO). PRAZO DE VALIDADE OBRIGATÓRIO NA ENTREGA: MÍNIMO DE 18 (DEZOITO) MESES DE VALIDADE REMANESCENTE A PARTIR DO RECEBIMENTO. CONSERVAÇÃO: ARMAZENAR PROTEGIDO DA LUZ E CALOR, CONFORME RECOMENDAÇÕES DO FABRICANTE. ROTULAGEM OBRIGATÓRIA: A EMBALAGEM DEVE CONTER: NOME DO PRODUTO E DOS PRINCÍPIOS ATIVOS VIA DE ADMINISTRAÇÃO CONCENTRAÇÃO LOTE, FABRICAÇÃO E VALIDADE NÚMERO DE REGISTRO NA ANVISA					
00101	00048887	LOTE: LIDOCAÍNA 2% GEL. - LIDOCAÍNA 2% GEL. LIDOCAÍNA 2% – GEL TÓPICO DESCRIÇÃO TÉCNICA – PADRÃO PARA LICITAÇÃO 1. NOME DO PRODUTO: LIDOCAÍNA 2% – GEL TÓPICO. 2. FORMA FARMACÉUTICA: GEL ANESTÉSICO TÓPICO, ESTÉRIL OU GRAU MÉDICO (CONFORME REGISTRO ANVISA), COM CONSISTÊNCIA UNIFORME. 3. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA: CADA GRAMA DE GEL CONTÉM: LIDOCAÍNA 20 MG (2%) GEL-BASE E EXCIPIENTES Q.S.P. ISENTO DE VASOCONSTRITORES/VASODILATADORES (SEM ADRENALINA). 4. APRESENTAÇÃO: BISNAGAS OU FRASCOS DE 20 G, 30 G OU 50 G (ACEITAR CONFORME FABRICANTE). EMBALAGEM INDIVIDUAL COM LACRE DE INVIOLABILIDADE. EMBALAGEM SECUNDÁRIA CONTENDO INFORMAÇÕES DE LOTE E VALIDADE. 5. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS: GEL HOMOGÊNEO, TRANSLÚCIDO OU LEVEMENTE OPACO, DE USO TÓPICO. PRODUTO ESTÉRIL (QUANDO APLICÁVEL) OU FABRICADO COM PADRÃO FARMACÊUTICO PARA MUCOSA. ROTULAGEM CLARA CONTENDO: NOME DO PRINCÍPIO ATIVO E CONCENTRAÇÃO; VIA DE ADMINISTRAÇÃO (USO TÓPICO/MUCOSAS); LOTE, FABRICAÇÃO E VALIDADE; FABRICANTE/CNPJ; NÚMERO DE REGISTRO ANVISA; INDICAÇÃO "SEM ADRENALINA". LIVRE DE PARTÍCULAS, CONTAMINAÇÃO OU ALTERAÇÃO DE COR/ODOR. TAMPA DE SEGURANÇA E EMBALAGEM ÍNTEGRA. 6. FINALIDADE/INDICAÇÃO:	NC CRISTALIA 	BI	1000,000	5,640	5.640,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		<p>INDICADO PARA: ANESTESIA TÓPICA DE MUCOSAS; PEQUENOS PROCEDIMENTOS EM AMBULATÓRIO, ENFERMAGEM OU CONSULTÓRIOS; ALÍVIO E REDUÇÃO DE SENSIBILIDADE EM EXAMES E INTERVENÇÕES; USO HOSPITALAR.</p> <p>7. ARMAZENAMENTO: MANTER ENTRE 15°C E 30°C, PROTEGIDO DA LUZ E CALOR. NÃO CONGELAR.</p> <p>8. NORMAS E GARANTIAS: REGISTRO ATIVO NA ANVISA. PRODUZIDO CONFORME BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO (BPF). VALIDADE MÍNIMA DE 18 MESES NO ATO DA ENTREGA. RASTREABILIDADE TOTAL DO LOTE.</p> <p>9. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: ENTREGA EM LOTES UNIFORMES (TODOS OS ITENS DA REMESSA DO MESMO LOTE). EMBALAGENS LACRADAS, ÍNTEGRAS E SEM VIOLAÇÃO. SUBSTITUIÇÃO IMEDIATA EM CASO DE VAZAMENTO, DEFORMAÇÃO OU INCONFORMIDADE. NOTA FISCAL COM INDICAÇÃO DE LOTE, VALIDADE, FABRICANTE E QUANTIDADE. FORNECEDOR DEVE ASSEGURAR REGULARIDADE E CONTINUIDADE DE FORNECIMENTO DURANTE A VIGÊNCIA CONTRATUAL.</p>				
00102	00048901	<p>LOTE: PLACA DE ALGINATO COM PRATA 10X10CM - PLACA DE ALGINATO COM PRATA 10X10CM PLACA DE ALGINATO COM PRATA 10 X 10 CM - PLACA DE ALGINATO COM PRATA, ESTÉRIL, COMPOSTA POR FIBRAS DE ALGINATO DE CÁLCIO E/OU SÓDIO ASSOCIADAS À PRATA IÔNICA, COM AÇÃO ANTIMICROBIANA DE AMPLO ESPECTRO, INDICADA PARA O TRATAMENTO DE FERIDAS AGUDAS E CRÔNICAS COM MODERADA A ALTA EXSUDAÇÃO, INCLUINDO FERIDAS INFECTADAS OU COM RISCO DE INFECÇÃO. O CURATIVO DEVE PROMOVER ABSORÇÃO DO EXSUDATO, FORMAÇÃO DE GEL AO CONTATO COM A SECREÇÃO, MANUTENÇÃO DO MEIO ÚMIDO FAVORÁVEL À CICATRIZAÇÃO E AUXÍLIO NO CONTROLE DA CARGA BACTERIANA, SEM ADERIR AO LEITO DA FERIDA. PRODUTO ATÓXICO, HIPOALERGÊNICO, ISENTO DE LÁTEX, DE USO MÉDICO-HOSPITALAR, ESTÉRIL, EMBALADO INDIVIDUALMENTE, COM REGISTRO VÁLIDO NA ANVISA, DENTRO DO PRAZO DE VALIDADE NO ATO DA ENTREGA. CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS: TIPO: PLACA DE ALGINATO COM PRATA IÔNICA COMPOSIÇÃO: ALGINATO DE CÁLCIO E/OU SÓDIO COM PRATA AÇÃO: ANTIMICROBIANA CAPACIDADE DE ABSORÇÃO: MODERADA A ALTA FORMAÇÃO DE GEL: SIM, AO CONTATO COM EXSUDATO ADERÊNCIA: NÃO ADERENTE AO LEITO DA FERIDA ESTERILIZAÇÃO: POR MÉTODO VALIDADO APRESENTAÇÃO: EMBALAGEM INDIVIDUAL ESTÉRIL DIMENSÕES: 10 X 10 CM USO: CURATIVO PRIMÁRIO REGISTRO: ANVISA OBRIGATÓRIO VALIDADE MÍNIMA: = 18 MESES NA DATA DA ENTREGA CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: PRODUTO NOVO, SEM USO EMBALAGEM ÍNTEGRA E INVOLADA IDENTIFICAÇÃO DE LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE NA EMBALAGEM</p>	UN	1500,000	34,060	51.090,00
00103	00048902	<p>LOTE: PLACA DE ALGINATO COM PRATA 10X20CM - PLACA DE ALGINATO COM PRATA 10X20CM PLACA DE ALGINATO COM PRATA 10 X 20 CM - PLACA DE ALGINATO COM PRATA, ESTÉRIL, COMPOSTA POR FIBRAS DE ALGINATO DE CÁLCIO E/OU SÓDIO ASSOCIADAS À PRATA IÔNICA, COM AÇÃO ANTIMICROBIANA DE AMPLO ESPECTRO, INDICADA PARA O TRATAMENTO DE FERIDAS AGUDAS E CRÔNICAS COM MODERADA E ALTA A ALTA EXSUDAÇÃO, INCLUINDO FERIDAS INFECTADAS OU COM RISCO DE INFECÇÃO. O CURATIVO DEVE PROMOVER ABSORÇÃO DO EXSUDATO, FORMAÇÃO DE GEL AO CONTATO COM A SECREÇÃO, MANUTENÇÃO DO MEIO ÚMIDO FAVORÁVEL À CICATRIZAÇÃO E AUXÍLIO NO CONTROLE DA CARGA BACTERIANA, SEM ADERIR AO LEITO DA FERIDA. PRODUTO ATÓXICO, HIPOALERGÊNICO, ISENTO DE LÁTEX, DE USO MÉDICO-HOSPITALAR, ESTÉRIL, EMBALADO INDIVIDUALMENTE, COM REGISTRO VÁLIDO NA ANVISA, DENTRO DO PRAZO DE VALIDADE NO ATO DA ENTREGA. CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS: TIPO: PLACA DE ALGINATO COM PRATA IÔNICA COMPOSIÇÃO: ALGINATO DE CÁLCIO E/OU SÓDIO COM PRATA AÇÃO: ANTIMICROBIANA CAPACIDADE DE ABSORÇÃO: MODERADA A ALTA FORMAÇÃO DE GEL: SIM, AO CONTATO COM EXSUDATO ADERÊNCIA: NÃO ADERENTE AO LEITO DA FERIDA ESTERILIZAÇÃO: POR MÉTODO VALIDADO APRESENTAÇÃO: EMBALAGEM INDIVIDUAL ESTÉRIL DIMENSÕES: 10 X 20 CM</p>	UN	1000,000	115,040	115.040,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		USO: CURATIVO PRIMÁRIO REGISTRO: ANVISA OBRIGATÓRIO VALIDADE MÍNIMA: = 12 MESES NA DATA DA ENTREGA CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: PRODUTO NOVO, SEM USO EMBALAGEM ÍNTEGRA E INVOLADA IDENTIFICAÇÃO DE LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE NA EMBALAGEM.				
00104	00048903	<p>LOTE: PHMB (POLIHEXAMETILENO BIGUANIDA) 250ML - PHMB (POLIHEXAMETILENO BIGUANIDA) 250ML PHMB (POLIHEXAMETILENO BIGUANIDA) 250 ML - SOLUÇÃO TÓPICA À BASE DE POLIHEXAMETILENO BIGUANIDA (PHMB), DE USO MÉDICO-HOSPITALAR, INDICADA PARA LIMPEZA, IRRIGAÇÃO E CONTROLE MICROBIOLÓGICO DE FERIDAS AGUDAS E CRÔNICAS, COM AÇÃO ANTIMICROBIANA DE AMPLO ESPECTRO, EFICAZ CONTRA BACTÉRIAS GRAM-POSITIVAS, GRAM-NEGATIVAS E FUNGOS. O PRODUTO DEVE AUXILIAR NA REDUÇÃO DA CARGA BACTERIANA, PREVENÇÃO DE INFECÇÃO E PREPARO DO LEITO DA FERIDA, SENDO COMPATÍVEL COM TECIDOS VIVOS, NÃO CITOTÓXICO, NÃO IRRITANTE E SEGURO PARA USO TÓPICO CONFORME INDICAÇÃO PROFISSIONAL. DEVE SER ESTÉRIL, ATÓXICO, ISENTO DE ÁLCOOL, CORANTES E FRAGRÂNCIAS, ACONDICIONADO EM EMBALAGEM ADEQUADA QUE GARANTA A INTEGRIDADE DO PRODUTO, COM REGISTRO VÁLIDO NA ANVISA E DENTRO DO PRAZO DE VALIDADE NO ATO DA ENTREGA.</p> <p>CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS: PRINCÍPIO ATIVO: POLIHEXAMETILENO BIGUANIDA (PHMB) CONCENTRAÇÃO: CONFORME PADRÃO APROVADO PELA ANVISA (EX.: 0,1% OU EQUIVALENTE) FORMA DE APRESENTAÇÃO: SOLUÇÃO PARA USO TÓPICO AÇÃO: ANTIMICROBIANA DE AMPLO ESPECTRO USO: LIMPEZA E IRRIGAÇÃO DE FERIDAS ESTERILIDADE: ESTÉRIL COMPOSIÇÃO ADICIONAL: ISENTO DE ÁLCOOL, CORANTES E FRAGRÂNCIAS EMBALAGEM: FRASCO COM SISTEMA QUE EVITE CONTAMINAÇÃO (EX.: TAMPÁ DOSADORA OU SPRAY) VOLUME: 250 ML REGISTRO: ANVISA OBRIGATÓRIO VALIDADE MÍNIMA: = 12 MESES NA DATA DA ENTREGA CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: PRODUTO NOVO, SEM USO EMBALAGEM ÍNTEGRA, LACRADA E IDENTIFICADA INFORMAÇÕES DE LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE VISÍVEIS ACOMPANHADO DE BULA OU INSTRUÇÕES DE USO EM LÍNGUA PORTUGUESA</p>	FR	500,000	41,580	20.790,00
00105	00048904	<p>LOTE: HIDROGEL COM ALGINATO 85G - HIDROGEL COM ALGINATO 85G HIDROGEL COM ALGINATO 85 G - HIDROGEL COM ALGINATO, ESTÉRIL, DE USO MÉDICO-HOSPITALAR, INDICADO PARA O TRATAMENTO DE FERIDAS AGUDAS E CRÔNICAS, ESPECIALMENTE AQUELAS COM BAIXA A MODERADA EXSUDAÇÃO, INCLUINDO FERIDAS SECAS, CAVITÁRIAS, COM TECIDO DESVITALIZADO OU EM PROCESSO DE GRANULAÇÃO. O PRODUTO DEVE PROMOVER HIDRATAÇÃO DO LEITO DA FERIDA, MANUTENÇÃO DO MEIO ÚMIDO FAVORÁVEL À CICATRIZAÇÃO, AUXÍLIO NO DESBRIDAMENTO AUTOLÍTICO E ABSORÇÃO CONTROLADA DO EXSUDATO, SEM ADERIR AO LEITO DA FERIDA, FACILITANDO A TROCA DO CURATIVO SEM CAUSAR TRAUMA. DEVE SER ATÓXICO, HIPOALERGÊNICO, ISENTO DE LÁTEX, NÃO IRRITANTE À PELE, ACONDICIONADO EM EMBALAGEM ADEQUADA, ESTÉRIL, COM REGISTRO VÁLIDO NA ANVISA, DENTRO DO PRAZO DE VALIDADE NO ATO DA ENTREGA.</p> <p>CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS: TIPO: HIDROGEL COM ALGINATO COMPOSIÇÃO: HIDROGEL ASSOCIADO A ALGINATO INDICAÇÃO: FERIDAS COM BAIXA A MODERADA EXSUDAÇÃO AÇÃO: HIDRATAÇÃO, MANUTENÇÃO DO MEIO ÚMIDO E DESBRIDAMENTO AUTOLÍTICO ADERÊNCIA: NÃO ADERENTE AO LEITO DA FERIDA ESTERILIDADE: ESTÉRIL FORMA DE APRESENTAÇÃO: GEL EMBALAGEM: BISNAGA OU FRASCO APLICADOR ESTÉRIL VOLUME: 85 G USO: CURATIVO PRIMÁRIO REGISTRO: ANVISA OBRIGATÓRIO VALIDADE MÍNIMA: = 18 MESES NA DATA DA ENTREGA CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO: PRODUTO NOVO, SEM USO</p>	TB	1500,000	38,160	57.240,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE SANTO DE MINAS

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro - CEP.: 37968-000
CNPJ: 18.241.372/0001-75 Tel: (35) 3591-5114

PLANILHA DE ITENS

ÍTEM(*)	CODIGO	ESPECIFICAÇÃO	UN	QUANTIDADE	MÉDIO	VR MEDIO TOTAL
		EMBALAGEM ÍNTEGRA, LACRADA E IDENTIFICADA IDENTIFICAÇÃO DE LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE ACOMPANHADO DE BULA OU INSTRUÇÕES DE USO EM LÍNGUA PORTUGUESA				

VALOR MÉDIO DE MERCADO: 2.072.795,70

.....
ASSINATURA DO REQUISITANTE

.....
ASSINATURA DO RESP. APROVACAO

...../...../.....
DATA DA APROVACAO