

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

1.1 O presente processo tem por objetivo o **REGISTRO DE PREÇO PARA AQUISIÇÃO PARCELADA DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS** fornecidos pelo Departamento Municipal de Saúde, conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas neste Edital e seus anexos.

2. JUSTIFICATIVA DO OBJETO A SER ADQUIRIDO

2.1 A presente aquisição se faz necessária para atender pacientes da rede municipal de saúde.

3. ESPECIFICAÇÃO DO(S) ITEM(NS) A SER(EM) ADQUIRIDO(S)

Segue abaixo a planilha completa.



MUNICÍPIO DE PALMITAL

ITEM	MEDICAMENTO	UNID.	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	QUANTIDADE ANUAL - PREGÃO 2024
1	ACETATO DE BETAMETASONA + FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA, 3 MG/ML + 3 MG/ML - AMPOLA 1ML	AMP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA INDIVIDUAL COM 1 AMPOLA , QUE NÃO SEJA DE ARMAZENAMENTO EM GELADEIRA	CELESTONE SOLUSPAN	400
2	ACETATO DE RETINOL 50.000 UI/ML+COLECALCIFEROL 10.000 UI/ML - SOLUÇÃO ORAL - 20ML	FR	SOLUÇÃO LÍMPIDA, OLEOSA, AMARELA, COM ODOR E SABOR DE ÓLEO DE MILHO, ACONDICIONADO EM FRASCO DE PLÁSTICO ÂMBAR COM UM TIPO ESPECIAL DE GOTEJADOR ACOPLADO AO FRASCO. EMBALAGEM INDIVIDUAL.	AD-TIL	600
3	ACICLOVIR 200MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL EM CAIXAS HOSPITALARES COM 500 CP OS COMPRIMIDOS DE ACICLOVIR 200 MG DEVERÃO SER BICONVEXOS, NÃO REVESTIDOS, EM FORMATO DE CÁPSULA, DE COLORAÇÃO BRANCA A QUASE BRANCA, DEVIDO A SER NÃO ALERGÊNICO, E USO PEDIÁTRICO, GRAVADOS EM RELEVO COM '200' EM UMA DAS FACES.	RANBAXY	17.000
4	ACICLOVIR 50MG/G CREME - 10G	TUBO	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL, CAIXA HOSPITALAR/COMERCIAL		800

Departamento de Saúde

Rua: João Leone, 430, Centro, Palmital-SP

Telefone: 0800-000-9333 / (18) 3351-9335 / (18) 3351-3637 / (18) 3351-9333

Email: dpsaude@palmital.sp.gov.br

5	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100MG	CP	CAIXA HOSPITALAR COM 500 CP SENDO CARTELAS/BLISTER'S COM 10 COMPRIMIDOS	AAS INFANTIL	290.000
6	ÁCIDO ASCORBICO 100MG/ML - 5ML (IM/EV)	AMP.	CAIXA HOSPITALAR COM 100 AMPOLAS	VITAMINA C	2.500
7	ÁCIDO FÓLICO 5MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 500 CP;		25.000
8	ÁCIDO VALPRÓICO 250MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO EM CAIXAS COM 50 CAPSULAS	DEPAKENE/ABBOTT	70.000
9	ÁGUA PARA INJEÇÃO (INJETÁVEL) - 10ML - FLACONETE	FL.	EM CAIXAS HOSPITALARES COM 200 AMPOLAS/FLACONETES		5.000
10	ALBENDAZOL 400MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. COMPRIMIDOS MASTIGÁVEIS, EM BLISTER COM 10 COMPRIMIDOS, SENDO DESTACÁVEIS PARA FRACIONAMENTO CONTENDO INFORMAÇÕES DO MEDICAMENTO, LOTE E VALIDADE, EM CAIXAS HOSPITALARES COM 100 OU 500 COMPRIMIDOS.	PRATI	1.500
11	ALBENDAZOL 40MG/ML 10ML - SUSPENSÃO ORAL	FRASCO	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL, COM SABOR. CAIXAS HOSPITALARES DE 50 OU 200 FRASCOS	PRATI	600
12	ALENDRONATO SÓDICO 70MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 200 CP OU MAIS	ENDROSTAN	15.000
13	ALOPURINOL 100MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 300, 500 OU 600 CP	PRATI	35.000

14	ALOPURINOL 300MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 500CP	PRATI	30.000
15	AMINOFILINA 100MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 500CP		40.000
16	AMIODARONA 200MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 500CP	RANBAXY	35.000
17	AMITRIPILINA CLORIDRATO 25MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 200 OU 500CP		300.000
18	AMOXICILINA, 250MG/5ML – PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL – 150ML.	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 50 FRASCOS COM COPOS OU SERINGAS DOSADORAS		4.000
19	AMOXICILINA, 500MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES, COM BLISTER DE 7 OU 14 CAPSULAS OU CARTELAS DESTACAVEIS PARA FRACIONAMENTO, CONTENDO AS INFORMAÇÕES SOBRE O MEDICAMENTO, LOTE E VALIDADE;	FURP/PRATI	100.000
20	AMOXICILINA, ASSOCIADA COM CLAVULANATO DE POTÁSSIO, 250MG/5ML + 62,5MG/5ML, SUSPENSÃO ORAL - 75ML - FRASCO	FRASC.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. EMBALAGEM INDIVIDUAL COM FRASCOS COM COPOS OU SERINGAS DOSADORAS	SANDOZ	750

21	ANLODIPINO BENSILATO 5MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 500CP		65.000
22	ARIPIRAZOL 1MG/ML - SUSPENSÃO ORAL - 150ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.		400
23	ARIPIRAZOL 20MG/ML - SUSPENSÃO GOTAS - 30ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.		400
24	ARIPIRAZOL, 10MG	CMP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.		3.500
25	ARIPIRAZOL, 15 MG	CMP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.		3.500
26	ARIPIRAZOL, 20 MG	CMP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.		3.500
27	ATENOLOL 50MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES		45.000
28	ATENSINA 0,150MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS INDIVIDUAIS COM 30 COMPRIMIDOS		5.000



MUNICÍPIO DE PALMITAL

29	AZITROMICINA 200MG/5ML - PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL - 15ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. APRESENTAÇÃO: 1 FRASCO DE 600 MG CONTENDO PÓ PARA PREPARAR 15 ML DE SUSPENSÃO APÓS RECONSTITUIÇÃO + FRASCO DILUENTE DE 9,2 ML + SERINGA DOSADORA. CAIXAS HOSPITALARES COM 50 FRASCOS	ASTRO/PRATI	3.000
30	AZITROMICINA 500MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. BLISTER COM 2 OU 5 COMPRIMIDOS. CAIXAS HOSPITALARES COM 300CP, 500CP OU 600CP	ASTRO/PRATI	40.000
31	BENZILPENICILINA, BENZATINA 1.200.000UI - INJETÁVEL - FRASCO-AMPOLA	FR-AMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 50 FRASCO-AMPOLAS		2.000
32	BETAMETASONA, DIPROPIONATO, ASSOCIADA COM BETAMETASONA FOSFATO, 5MG + 2MG, INJETÁVEL - 1ML	AMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 6 AMPOLAS DE 1ML	EUROFARMA	4.000
33	BETAMETASONA, VALERATO 1MG/G CREME - 30G -	TUBO.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.		1.600
34	BIPERIDENO, CLORIDRATO 2MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 200 CP.	CRISTALIA	65.000

Departamento de Saúde

Rua: João Leone, 430, Centro, Palmital-SP

Telefone: 0800-000-9333 / (18) 3351-9335 / (18) 3351-3637 / (18) 3351-9333

Email: dpsaude@palmital.sp.gov.br

35	BISACODIL, 5MG	COMP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CARTELAS COM 4 OU 6 SENDO COMPRIMIDOS OU DRÁGEAS	PLESONAX/LACTO-PURGA/DULCOLAX	2.500
36	BROMETO IPRATRÓPIO, 0,25 MG/ML - SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO - 20ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 200 FR		600
37	BROMOPRIDA 10MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 500 OU 800 COMPRIMIDOS	PLAMET/PRATI	80.000
38	BROMOPRIDA 4MG/ML - SOLUÇÃO ORAL - 20ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 96 FRASCOS		2.300
39	BROMOPRIDA 5MG/ML - INJETÁVEL - 2ML - AMPOLA	AMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 100 AMPOLAS		4.000
40	BUDESONIDA 32MCG/DOSE, FRASCO COM VÁLVULA DOSIFICADORA - AEROSOL NASAL - 120 DOSES	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS FECHADAS COM 60 CXS INDIVIDUAIS	E.M.S	4.500
41	BUPROPIONA, CLORIDRATO 150MG . PODENDO OU NÃO SER LIBERAÇÃO PROLONGADA	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS COM 30 COMPRIMIDOS		10.000
42	CAPTOPRIL 25MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 500CP		15.000

43	CARBAMAZEPINA 200MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 500CP		180.000
44	CARBAMAZEPINA 20MG/ML, XAROPE INFANTIL - SUSPENSÃO ORAL - 100ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 50 FRASCOS		300
45	CARBOCISTEÍNA 20MG/ML - XAROPE INFANTIL - 100ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 50 FRASCOS		5.000
46	CARBOCISTEÍNA 50MG/ML - XAROPE ADULTO - 100ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 50 FRASCOS		6.000
47	CARBONATO DE CÁLCIO, ASSOCIADO COM VITAMINA D3, 600MG DE CÁLCIO + 400UI	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. BLISTERS/CARTELAS COM 10 COMPRIMIDOS, EM CAIXAS HOSPITALARES COM 300CP, 500CP OU 600CP.		150.000
48	CARBONATO DE LÍTIO 300MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 500CP		45.000
49	CARVEDILOL 12,5MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS COM 30CP		110.000
50	CARVEDILOL 6,25MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS COM 30CP		90.000

51	CEFALEXINA 25MG/ML - PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL - 100ML - FRASCO	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 50 FRASCOS		3.000
52	CEFALEXINA 25MG/ML - PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL - 60ML - FRASCO	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 50 FRASCOS		3.000
53	CEFALEXINA 500MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 500CP		65.000
54	CEFTRIAXONA DISSÓDICA HEMIEPTAIDRATADA 1G (INTRAMUSCULAR) - SENDO 1 FRASCO DE PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL DE 1.000MG + 1 FRASCO DE DILUENTE COM 3,5ML	FR-AMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS INDIVIDUAIS COM AMPOLAS + DILUENTES OU HOPITALARES QUE ACOMPANHAM PARA CADA AMPOLA 1 DILUENTE;	BLAU	1.500
55	CEFTRIAXONA SÓDICA 1G (INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR) - PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	FR-AMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 50 OU 100 FRASCO-AMPOLAS		3.500
56	CETOCONAZOL 200MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CX COM 30CP, 320 CP OU 500CP		3.600
57	CETOCONAZOL 20MG/G (CREME TÓPICO) - 30G	TUBO.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.		2.000
58	CETOPROFENO 100MG/ML (ENDOVENOSO) PÓ LIÓFILO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	FR-AMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 50 FRASCO-AMPOLAS		2.000

59	CETOPROFENO 50MG/ML (INTRAMUSCULAR) - SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 100 AMPOLAS		2.000
60	CILOSTAZOL 100MG	COMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS COM 30CP		80.000
61	CIMETIDINA 150MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - 2ML	AMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 100 AMPOLAS		2.000
62	CIMETIDINA 200MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES OU CX COM 20CP		75.000
63	CINARIZINA 75MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 500CP	RANBAXY	60.000
64	CIPROFLOXACINO, CLORIDRATO 500MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 300CP OU 600CP		25.000
65	CITALOPRAM 20MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. BLISTER COM 10CP CAIXAS HOSPITALARES COM 500CP OU INDIVIDUAIS COM 30CP.	RANBAXY	360.000
66	CLARITROMICINA 500MG - PODENDO SER OU NÃO DE AÇÃO PROLONGADA.	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. BLISTER COM 10CP CAIXAS HOSPITALARES COM 500CP OU INDIVIDUAIS COM 10CP.		16.000

67	CLOBETASOL, SAL PROPIONATO 0,05% - CREME - 30G	TUBO.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.		1.000
68	CLOMIPRAMINA 25MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.		82.000
69	CLONAZEPAM 2MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 450CP, 480CP, 500CP	RANBAXY	300.000
70	CLORETO DE POTÁSSIO 600MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS COM 20CP	SLOW-K	5.000
71	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SPRAY NASAL) - 50 ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS COM 100 FRASCOS		3.500
72	CLORETO DE SÓDIO 0,9%, (SOLUÇÃO INJETÁVEL) - 10ML - FLACONETE	FL.	EM CAIXAS HOSPITALARES COM 200 AMPOLAS/FLACONETES		2.000
73	CLORPROMAZINA 100MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 200CP OU 500CP		35.000
74	CLORPROMAZINA 25MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 200CP OU 500CP		52.000
75	COLAGENASE ASSOCIADA COM CLORANFENICOL, 0,6UI + 1% - POMADA - 30G	TUBO.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 10 TUBOS		2.000

76	DEFLAZACORT 6MG	COMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS COM 30CP		3.000
77	DELTAMETRINA 0,2MG/ML - LOÇÃO - 100ML - FRASCO	FRASC.	CAIXAS INDIVIDUAIS		1.800
78	DELTAMETRINA 0,2MG/ML - SHAMPOO - 100ML	FR	CAIXAS INDIVIDUAIS QUE ACOMPANHAM O PENTE FINO.		1.800
79	DEXAMETASONA 0,1% - CREME - 10G	TUBO.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 50 TUBOS.		14.000
80	DEXAMETASONA 4MG/ML (IV/IM) - SOLUÇÃO INJETÁVEL - 2,5ML	AMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 100 AMPOLAS;		2.000
81	DEXCLORFENIRAMINA, MALEATO 0,4MG/ML - XAROPE - 100ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 50 FRASCOS		7.000
82	DEXCLORFENIRAMINA, MALEATO 2MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 500CP		30.000
83	DIAZEPAM 10MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 500CP		115.000
84	DIAZEPAM 10MG/2ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - 2ML	AMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 50 AMPOLAS		600
85	DICLOFENACO, SAL POTÁSSICO 25MG/ML (IM) - SOLUÇÃO INJETÁVEL - 3ML	AMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 100AMPOLAS		2.000

86	DICLOFENACO, SAL SÓDICO 50MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 500CP		20.000
87	DIGOXINA 0,25MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 500CP		16.000
88	DILTIAZEM, CLORIDRATO 60MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 200 CP OU 50CP	RANBAXY	20.000
89	DIMENIDRINATO, ASSOCIADO COM PIRIDOXINA + GLICOSE + FRUTOSE, 3MG + 5MG + 100MG + 100MG/ML "B6 DL"(EV) - SOLUÇÃO INJETÁVEL - 10ML - AMPOLA	AMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 100 AMPOLAS	DRAMIM DL	3.000
90	DIMENIDRINATO, ASSOCIADO COM PIRIDOXINA CLORIDRATO, 50MG + 50MG/ML "B6"(IM) - SOLUÇÃO INJETÁVEL - 1ML - AMPOLA	AMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 50 OU 100 AMPOLAS	DRAMIM	2.000
91	DIMETICONA 75 MG/ML - SUSPENSÃO ORAL - GOTAS - 10ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 200 FRASCOS	LUFTAL	5.000
92	DIOSMINA, ASSOCIADA À HESPERIDINA, 450MG + 50MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. COMPRIMIDO REVESTIDO COM CAIXA CONTENDO 6 BLISTER DE 10CP. CAIXA FECHADA COM 36 CAIXAS COM 60CP.	FLAVONID/DAFLON	800.000
93	DIPIRONA, SÓDICA 50 MG/ML - SOLUÇÃO ORAL - 10ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 100 FRASCOS	FARMACE	40.000



MUNICÍPIO DE PALMITAL

94	DIPIRONA, SÓDICA 500MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - 2ML	AMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 100 AMPOLAS		5.000
95	DIU - DISPOSITIVO INTRA-UTERINO - COBRE == PARA CONTRACEPÇÃO FEMININA	UNID.	CADA DIU EM FORMATO "T" POSSUINDO MAIS OU MENOS 176+11MG DE COBRE ENROLADO EM SUA BASE VERTICAL E UM COLAR MAIS OU MENOS 68,7 +3MG DE COBRE EM CADA UM DOS BRAÇOS TRANSVERSAIS. SUA COMPOSIÇÃO É A ESTRUTURA EM "T" POLIETILENO DE BAIXA INTENSIDADE (LDPE) COM SULFATO DE BÁRIO, FIO E COLARES DE COBRE, SUTURA: POLIETILENO DE ALTA INTENSIDADE E HASTE DE POLIPROPILENO. SUA EMBALAGEM DEVE CONTER: 1 DIU, 1 TUBO DE INSERÇÃO E 1 HASTE.		300
96	DIVALPROATO DE SÓDIO 250MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS COM 20CP		26.000
97	DIVALPROATO DE SÓDIO 500MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS COM 20CP		25.000
98	DOXAZOSINA, MESILATO 2MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS DECHADAS COM 100CX COM 30CP	DUOMO	100.000
99	DOXAZOSINA, MESILATO 4MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS COM 30CP		70.000

Departamento de Saúde

Rua: João Leone, 430, Centro, Palmital-SP

Telefone: 0800-000-9333 / (18) 3351-9335 / (18) 3351-3637 / (18) 3351-9333

Email: dpsaude@palmital.sp.gov.br

100	ENALAPRIL, MALEATO 20MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 500CP		55.000
101	EPINEFRINA 1MG/ML AMP 1ML - INJETAVEL	AMP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 100AMPOLAS		1.000
102	ESCOPOLAMINA BUTILBROMETO, ASSOCIADA COM DIPIRONA SÓDICA, 4MG + 500MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - 5ML	AMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 100AMPOLAS		2.000
103	ESCOPOLAMINA, BUTILBROMETO 10MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA COM 20 OU 30 CP, PODENDO SER DRAGEAS		46.000
104	ESCOPOLAMINA, BUTILBROMETO 20 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - 1ML	AMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 100 AMPOLAS		2.000
105	ESPIRONOLACTONA 50MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 500CP		80.000
106	ESTROGÊNIOS CONJUGADOS 0,625MG	COMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA COM 28 CP.		5.040
107	FENITOÍNA SÓDICA 100MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 500CP		20.000

108	FENOBARBITAL SÓDICO 100MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 500CP	80.000
109	FENOBARBITAL SÓDICO 40MG/ML (GOTAS) - SOLUÇÃO ORAL - 20ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 10 FRASCOS	600
110	FINASTERIDA 5MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 500CP	55.000
111	FLUCONAZOL 150MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 100CP	4.000
112	FLUOXETINA 20MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 70 OU 500 CAPSULAS	200.000
113	FLUOXETINA 20MG - SOLUÇÃO ORAL - 20ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.	200
114	FUROSEMIDA 10MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - 2ML	AMP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 100AMPOLAS	2.000
115	FUROSEMIDA 40MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 500CP	15.000
116	GINKGO BILOBA (EXTRATO DE PLANTAS) 80MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS COM 30CP	120.000

117	GLIBENCLAMIDA 5MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 500CP	15.000
118	GLICLAZIDA 30MG - LIBERAÇÃO PROLONGADA	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 500 CP	120.000
119	GLICLAZIDA 60MG - LIBERAÇÃO PROLONGADA	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 500CP	70.000
120	GLICOSE 25% - SOLUÇÃO INJETÁVEL - 10ML - FLACONETE	FL.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 200 FLACONETES	2.000
121	GLICOSE 50% - SOLUÇÃO INJETÁVEL - 10ML - FLACONETE	FL.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 200 FLACONETES	2.000
122	HALOPERIDOL 1MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 200 OU 500 CP	10.000
123	HALOPERIDOL 2MG/ML (GOTAS) - SOLUÇÃO ORAL - 20ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. EMBALAGEM INDIVIDUAL	2.000
124	HALOPERIDOL 5MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 200 OU 500 CP	50.000
125	HALOPERIDOL, SAL DECANOATO 70,52MG/ML (IM) - SOLUÇÃO INJETÁVEL -1ML	AMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS COM 3 AMPOLAS	2.000

126	HEPARINA SÓDICA 5.000UI/0,25ML (VIA SUBCUTÂNEA)- INJETÁVEL - 0,25ML	AMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS COM 50 AMPOLAS		3.000
127	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 500 CP		15.000
128	HIDROCORTISONA, SAL SUCCINATO SÓDICO, 500MG (EV/IM) - PÓ LIÓFILO PARA INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA	FR-AMP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS COM 50 FRASCO-AMPOLAS		1.000
129	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 60MG/ML - SUSPENSÃO ORAL - 100ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS COM 50 FRASCOS		5.000
130	HIDRÓXIDO FÉRRICO SACARATO 20MG/ML (EV) - SOLUÇÃO INJETÁVEL - 5ML	AMP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS COM 5 AMPOLAS - NÃO SENDO DE ARMAZENAMENTO NA GELADEIRA	NORIPURUM EV	1.600
131	IBUPROFENO 50MG/ML - SUSPENSÃO ORAL - 30ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 100 FRASCOS		3.500
132	IBUPROFENO 600MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 400 OU 500CP		150.000
133	IMIPRAMINA, CLORIDRATO 25MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 200 OU 500CP		35.000
134	IODETO DE POTÁSSIO 20MG/ML - SOLUÇÃO ORAL - 100ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 200 OU 500CP		3.000

135	ISOFLAVONA- GLYCINE MAX - 75MG - EXTRATO SECO	COMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA COM 30CP	ISOFLAVINE	15.000
136	ISOSSORBIDA, SAL MONONITRATO 20MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA COM 30CP		30.000
137	ITRACONAZOL 100MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA COM 15 CP		10.000
138	IVERMECTINA 6MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 500CP		16.000
139	LEVODOPA ASSOCIADO À BENSERAZIDA 100MG + 25MG (LIBERAÇÃO PROLONGADA)	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA COM 30 CAPSULAS	PROLOPA HBS	9.000
140	LEVODOPA ASSOCIADO À BENSERAZIDA 200MG + 50MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA COM 30 COMPRIMIDOS	PROLOPA	35.000
141	LEVODOPA ASSOCIADO À CARBIDOPA 250MG + 25MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 200 OU 500CP		2.000
142	LEVOMEPROMAZINA 100MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 200 OU 500CP		30.000
143	LEVOMEPROMAZINA 25MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 200 OU 500CP		30.000

144	LEVOMEPROMAZINA 40MG/ML (GOTAS) - SOLUÇÃO ORAL - 20ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES COM 10 FRASCOS		600
145	LEVONORGESTREL 0,75 MG	CARTELA	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.		300
146	LEVONORGESTREL ASSOCIADO À ETINILESTRADIOL, 0,15MG + 0,03MG, (BLISTER CALENDÁRIO COM 21 COMPRIMIDOS)	CARTELA	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXAS HOSPITALARES		2.100
147	LEVOTIROXINA SÓDICA 100MCG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA COM 30 OU 50 CP	PURAN/EUTHYROX	100.000
148	LEVOTIROXINA SÓDICA 25MCG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA COM 30 OU 50 CP	PURAN/EUTHYROX	205.000
149	LEVOTIROXINA SÓDICA 50MCG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA COM 30 OU 50 CP	PURAN/EUTHYROX	260.000
150	LIDOCAÍNA CLORIDRATO 2% (COM VASOCONSTRITOR) - SOLUÇÃO INJETÁVEL - 20ML - FRASCO-AMPOLA	FR-AMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR		500
151	LIDOCAÍNA CLORIDRATO 2% (GELÉIA) - 30G	TUBO.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 100 TUBOS		600
152	LIDOCAÍNA CLORIDRATO 2% (SEM VASOCONSTRITOR) - SOLUÇÃO INJETÁVEL - 20ML - FRASCO-AMPOLA	FR-AMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR		500

153	LORATADINA 10MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 360CP OU MAIS		70.000
154	LORATADINA 1MG/ML - XAROPE - 100ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 50 FRASCOS		6.000
155	LOSARTANA POTÁSSICA 50MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR		30.000
156	MANITOL, SOLUÇÃO 20% - 250 ML	FRASCO	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. FRASCO DE POLIPROPILENO PARA DOSE ÚNICA CAIXA HOSPITALAR COM 40 UNIDADES		900
157	MEBENDAZOL 100MG	COMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR		3.000
158	MEBENDAZOL 20MG/ML - SUSPENSÃO ORAL - 30ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR 50 FRASCOS		600
159	MEDROXIPROGESTERONA, ACETATO 150MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - 1ML - FRASCO/AMPOLA	FR-AMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.	DEPOPROVERA	1.000
160	METFORMINA, CLORIDRATO 850MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR		15.000
161	METILDOPA 250MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 500 CP		40.000

162	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 10MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 500 CP		10.000
163	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 4MG/ML - SOLUÇÃO ORAL - 10ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 100 FRASCOS		600
164	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 5MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - 2ML	AMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 100 AMPOLAS		2.000
165	METOPROLOL, SAL SUCCINATO 50MG (LIBERAÇÃO CONTROLADA)	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.	SELOZOK	65.000
166	METRONIDAZOL 100MG/G (GEL VAGINAL COM APLICADOR) - 50G	TUBO.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 50 TUBOS COM APLICADORES		1.500
167	METRONIDAZOL 250MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 500 CP OU 600CP		15.000
168	METRONIDAZOL 40MG/ML - SUSPENSÃO ORAL - 100ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR 50 FRASCOS		400
169	MICONAZOL NITRATO 20MG/G - CREME VAGINAL	TUBO.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 50 TUBOS COM APLICADORES		600

170	MULTIVITAMINAS, ASSOCIADAS COM SAIS MINERAIS	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENERICOU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 500 CP OU MAIS.		110.000
171	NALTREXONA 50MG	CMP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENERICOU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.	UNINALTREX	5.600
172	NEOMICINA ASSOCIADA COM BACITRACINA 5MG + 250UI/G - POMADA - 15G	TUBO.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENERICOU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 100 TUBOS		8.000
173	NICOTINA 2MG - PASTILHA/GOMA DE MASCAR	UNID.	CAIXA COM 30 GOMAS MASTIGAVEIS, COM SABOR, SEM AÇUCAR.	NICORETTE	700
174	NICOTINA DE 14MG (LIBERAÇÃO EM 24 HORAS) - ADESIVO TRANSDÉRMICO	UNID.	CAIXA COM 7 ADESIVOS TRANSDERMICOS	NIQUITIN	1.000
175	NICOTINA DE 21MG (LIBERAÇÃO EM 24 HORAS) - ADESIVO TRANSDÉRMICO	UNID.	CAIXA COM 7 ADESIVOS TRANSDERMICOS	NIQUITIN	2.000
176	NICOTINA DE 7MG (LIBERAÇÃO EM 24 HORAS) - ADESIVO TRANSDÉRMICO	UNID.	CAIXA COM 7 ADESIVOS TRANSDERMICOS	NIQUITIN	2.000
177	NIFEDIPINO 20MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENERICOU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 500 CP .		65.000
178	NIMESULIDA 100MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENERICOU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 500 CP OU MAIS.		120.000
179	NIMODIPINO 30MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENERICOU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 500 CP OU COM 30CP.		4.000

180	NISTATINA 100.00 UI/ML - SUSPENSÃO ORAL - 50ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 50FR COM CONTA GOTAS.		1.200
181	NISTATINA 25.000UI/G - CREME VAGINAL - 60G - TUBO - C/14 APLICADORES	TUBO.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 50 TUBOS E APLICADORES		4.000
182	NITRAZEPAN 5MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 200 CP, 500CP OU MAIS.		26.000
183	NITROFURANTOÍNA 100MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 144 CP, OU MAIS.	MACRODANTINA	30.100
184	NORETISTERONA 0,35MG (BLISTER CALENDÁRIO COM 35 UNIDADES)	CARTELA	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.		1.000
185	NORETISTERONA ENANTATO ASSOCIADO COM ESTRADIOL VALERATO 5MG + 50MG/1ML - INJETÁVEL - 1ML	AMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.	MESYGINA	1.500
186	NORFLOXACINO 400MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR		25.000
187	NORTRIPTILINA, 10MG	CAP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.		3.600

188	NORTRIPTILINA, CLORIDRATO 25MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR		40.000
189	OLANZAPINA, 5MG	CMP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.		3.600
190	OLEO DE GIRASSOL A BASE ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS A.G.E/ TCM E VITAMINAS A e E - 100ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR		3.000
191	OLEO DE GIRASSOL A BASE ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS A.G.E/ TCM E VITAMINAS A e E - 200ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR		3.000
192	OLEO MINERAL - PURÍSSIMO - LÍQUIDO - 100ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 50 FRASCOS		2.500
193	OMEPRAZOL 20MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR		700.000
194	ÓXIDO DE ZINCO ASSOCIADO COM VITAMINA A + VITAMINA D - POMADA - 45G	TUBO.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 50 OU 100 TUBOS		6.000
195	PARACETAMOL 100MG/ML - SUSPENSÃO ORAL - 15ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 50 OU 100 FRASCOS	FURP/FARMACE	18.000
196	PENTOXIFILINA 400MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.		6.000

197	PERMANGANATO DE POTÁSSIO 100MG	COMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 500 COMPRIMIDOS		18.000
198	PIROXICAM 20MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR		9.000
199	POLICRESULENO 360MG/ML (SOLUÇÃO TÓPICA GINECOLÓGICA) - 12ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.	ALBOCRESIL	15
200	POLIVITAMÍNICO COMPLEXO B (MULTIVITAMINAS B1, B2, B3, B5 E B6) IM/IV - 2ML	AMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 100 AMPOLAS		4.000
201	PREDNISOLONA 3MG/ML - SOLUÇÃO ORAL	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 50 FRASCOS		10.000
202	PREDNISONA 20MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 500 COMPRIMIDOS		35.000
203	PREDNISONA 5MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 500 COMPRIMIDOS		35.000
204	PROGESTERONA MICRONIZADA, 200MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAPSULAS MOLES, PARA USO		11.000
205	PROMETAZINA, CLORIDRATO 25MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 200 CP OU MAIS.		100.000

206	PROMETAZINA, CLORIDRATO 25MG/ML IM - SOLUÇÃO INJETÁVEL - 2ML	AMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 100 AMPOLAS		2.000
207	PROPAFENONA, CLORIDRATO 300MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 60, 300 OU 500 CP	RITMONORM	55.000
208	PROPRANOLOL, CLORIDRATO 40MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR 500 CP		15.000
209	PROTETOR SOLAR (FATOR DE PROTEÇÃO SOLAR 60) 100 ML OU 100G	TUBO.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 24 UNIDADES		3.500
210	PROTETOR SOLAR (FATOR DE PROTEÇÃO SOLAR 60) 200 ML OU 200G	TUBO.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 24 UNIDADES		3.500
211	QUETIAPINA HEMIFUMARATO, 200MG CAPSULA MOLE , USO ORAL E VAGINAL.	CMP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA COM 42 CAPSULAS	JUNNO/ULTROGESTAN	2.500
212	QUETIAPINA, HEMIFUMARATO, 100MG	CMP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.		2.500
213	QUETIAPINA, HEMIFUMARATO, 25MG	CMP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.		3.600
214	RAMIPRIL 2,5 MG	COMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.	NAPRIX/MEDLEY	5.000
215	RAMIPRIL 5 MG	COMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.	NAPRIX/MEDLEY	5.000

216	REPELENTE DE INSETOS, SPRAY, COM DEET LONGA DURAÇÃO - 10 HORAS - 100ML	FR	REPELENTE SPRAY COM DURAÇÃO DE 10 HORAS DE PROTEÇÃO		6.000
217	REPELENTE DE INSETOS, SPRAY, COM ICARIDINA LONGA DURAÇÃO - 100ML	FRASC.	REPELENTE SPRAY COM DURAÇÃO DE 10 HORAS DE PROTEÇÃO	XO INSETO /NUTRIEX	6.000
218	REPELENTE INSETOS, SPRAY, COM DEET LONGA DURAÇÃO - 10 HORAS - 200ML	FR	REPELENTE SPRAY COM DURAÇÃO DE 10 HORAS DE PROTEÇÃO	EXPERT/ XO INSETO	6.000
219	RISPERIDONA, 1MG	CMP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENERICOU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.	CRISTALIA	6000
220	RISPERIDONA, 1MG/ML - SOLUÇÃO ORAL - 30ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENERICOU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.	CRISTALIA	300
221	RISPERIDONA, 2MG	CMP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENERICOU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.	CRISTALIA	6000
222	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL - PÓ - SACHES	ENV.	CAIXA HOSPITALAR CONTENDO 50 OU 100 ENVELOPES		20.000
223	SALBUTAMOL 0,4MG/ML - XAROPE - 100ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENERICOU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 50 FRASCOS		3.000
224	SALBUTAMOL 100MCG/DOSE (AEROSOL ORAL) - 200DOSES	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENERICOU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 50 FRASCOS	AEROLIN	4.500
225	SECNIDAZOL 1.000MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENERICOU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CARTELAS COM 2 OU 4CP CAIXA HOSPITALAR COM 500 COMPRIMIDOS		3.000

226	SERTRALINA, CLORIDRATO 50MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CARTELAS COM 2 OU 4CP CAIXA HOSPITALAR COM 500, 600 OU 1.000 COMPRIMIDOS	RANBAXY	400.000
227	SINVASTATINA 20MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.		20.000
228	SULFADIAZINA DE PRATA 1% (CREME) - 50G	TUBO.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR PREFERENCIALMENTE COM 50 TUBOS , PODENDO SER TAMBÉM COM 100 OU 200 TUBOS.	PRATI	3.000
229	SULFAMETOXAZOL ASSOCIADO À TRIMETOPRIMA 400MG + 80MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 200 OU MAIS COMPRIMIDOS		20.000
230	SULFAMETOXAZOL ASSOCIADO À TRIMETOPRIMA 40MG + 8MG/ML - SUSPENSÃO ORAL - 100ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 50 FRASCOS	BACTRIM	1.000
231	SULFATO FERROSO 25MG/ML DE FERRO II (GOTAS) - 30ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 50 FRASCOS		800
232	SULFATO FERROSO 40MG DE FERRO II	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 500 CP		85.000

233	SUPLEMENTO VITAMÍNICO E MINERAL - SUPENSÃO ORAL 150ML (VITAMINA A, VITAMINAS B1,B2,B3,B5,B6,B12, VITAMINA C, VITAMINA D3, VITAMINA K2-7, CÁLCIO, COBRE, FERRO, MAGNÉSIO E ZINCO) COM SABOR TUTTI-FRUTTI.	FRASC.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. EMBALAGEM INDIVIDUAL CONTENDO 1 FRASCO COM 150ML.	ZIRVIT KIDS	800
234	TIAMINA 300MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 500 OU 600CP		160.000
235	TINIDAZOL ASSOCIADO COM MICONAZOL 3% + 2% - CREME VAGINAL - 80G - TUBO COM APLICADORES	TUBO.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR 50 OU 100 UNIDADES		500
236	TIORIDAZINA CLORIDRATO 100MG	COMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.		25.000
237	TIORIDAZINA, 25MG	CMP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.		3.600
238	TIORIDAZINA, 50MG	CMP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL.		3.600
239	TRAMADOL, CLORIDRATO 50MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 500 CP		120.000
240	TRAMADOL, CLORIDRATO 50MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - 1ML	AMP.	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR		2.000

241	VALPROATO DE SÓDIO 50MG/ML - SOLUÇÃO ORAL - 100ML	FR	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA COM 50 FR		1.000
242	VARFARINA SODICA - 5MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA COM 30 COMPRIMIDOS		10.000
243	VERAPAMIL, CLORIDRATO 80MG	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 300, 500 OU 800CP		15.000
244	VITAMINAS DO COMPLEXO B	CP	MEDICAMENTO DE REFERENCIA/GENÉRICO OU SIMILAR INTERCAMBIÁVEL. CAIXA HOSPITALAR COM 500 CP		75.000

4. CONDIÇÕES DE ENTREGA E PRAZO DO SERVIÇO

4.1 Todos os itens deverão ser de primeira qualidade e primeira linha.

4.2 Os itens deverão ser acondicionados de acordo com as orientações e indicações do fabricante, a fim de garantir sua integridade durante o transporte, o armazenamento até o uso.

4.3 Os medicamentos sólidos poderão ter como forma farmacêutica: unidades individuais.

4.4 As caixas (apresentação) dos medicamentos deverão PREFERENCIALMENTE ser embalagens hospitalares, por motivos de melhor acondicionamento num espaço físico reduzido. As embalagens comerciais demandam maior espaço, porém nos casos que o fabricante não possua embalagem hospitalar do item serão aceitas normalmente.

4.5 O prazo para entrega dos medicamentos é de 20 dias corridos após envio do empenho.

4.6 Endereço de entrega: **FARMÁCIA MUNICIPAL DE PALMITAL, RUA RUI BARBOSA, 178 (ALMOXARIFADO), CENTRO, PALMITAL SP - CEP: 19970-094, de segunda a sexta feira, das 7h às 17h.**

4.7 Não aceito o bem entregue por estar em desacordo com o Termo de Referência, será comunicado à empresa adjudicatária, para que proceda a respectiva e imediata realização, para que se possa adequar o solicitado, de forma a atender àquilo que efetivamente se pretendia adquirir.

4.8 O recebimento provisório ou definitivo do bem **não exclui a responsabilidade da contratada** pelos prejuízos resultantes da incorreta execução do objeto contratado.

4.9 A contratada deverá anexar, quando da realização do serviço, a respectiva nota fiscal, na qual deve haver referência ao processo de

prestação de
empenho, além



**MUNICÍPIO DE
PALMITAL**

serviço e à nota de
de constar o objeto da

presente aquisição/serviço com seus valores correspondentes;

4.10 Se, após o recebimento provisório, constatar-se que os serviços foram entregues em desacordo com a proposta, com defeito, fora de especificação ou incompletos, após a notificação por escrito à contratada, serão interrompidos os prazos de recebimento e suspenso o pagamento, até que sanada a situação;

4.11 Se disser respeito à especificação, rejeitá-lo no todo ou em parte, determinando sua substituição, sem prejuízo das penalidades cabíveis, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, contados da notificação por escrito, mantidos os termos de negociação contratados inicialmente.

4.12 Se disser respeito à diferença de quantidade e qualidade ou de partes, determinar sua complementação, sem prejuízo das penalidades cabíveis, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, contados da notificação por escrito, mantidos os termos de negociação contratados inicialmente.

5. DA CLASSIFICAÇÃO DO CONTRATO

5.1 Os itens têm natureza de bens comuns, tendo em vista que seus padrões de desempenho e qualidade podem ser objetivamente definidos pelo edital, por meio de especificações usuais de mercado, nos termos do art. 6º, inciso XIII, da Lei Federal nº 14.133/2021.

6. DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

6.1 O objeto deste Termo de Referência observará as normas e procedimentos da Lei nº 14.133/2021 e suas alterações.

7. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

7.1 Os proponentes assumem todos os custos de preparação e

apresentação
habilitação e o



**MUNICÍPIO DE
PALMITAL**

de seus documentos de
Município não será, em

nenhum caso, responsável por esses custos, independentemente da
condução ou do resultado do procedimento.

7.2 No ato da entrega de compra, deverá ser apresentado o Certificado de Boas Práticas de Fabricação, dentro do prazo de validade que é de 2 (dois) anos a partir da data de publicação no DOU (original ou cópia autenticada, publicação em DOU ou extrato pela internet).

7.3 No caso de produto importado é também necessária à apresentação do Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle, emitido pela autoridade sanitária do país de origem, ou laudo de inspeção e emitido pela autoridade sanitária brasileira (Alteração dada pela portaria 3.765, de 25 de outubro de 1.998).

7.4 Os proponentes são responsáveis pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados em qualquer fase do procedimento.

7.5 Responsabilizar-se pelos encargos trabalhistas, sociais, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do fornecimento;

7.6 Assumir integral responsabilidade pelos danos causados, inclusive a terceiros, por seus empregados, inclusive por acidentes, mortes, perdas ou destruições, furtos comprovados, isentando a Prefeitura Municipal de Palmital de todas e quaisquer reclamações que possam advir, devendo proceder aos reparos necessários ou ao pagamento de indenização correspondente;

7.7 Comunicar ao contratante, por escrito, qualquer anormalidade referente à execução do serviço/produto, bem como atender prontamente as suas observações e exigências e prestar os esclarecimentos solicitados;

7.8 Manter sigilo, sobre pena de responsabilidade civil, penal e

administrativa,
assunto de



**MUNICÍPIO DE
PALMITAL**

sobre todo e qualquer
interesse do Município de

Palmital ou de terceiros, de que tomar conhecimento em razão da execução do objeto desse contrato, devendo orientar seus empregados nesse sentido;

- 7.9** Selecionar e preparar rigorosamente os empregados, instruindo-os a tratar com urbanidade e respeito todas as pessoas presentes nas dependências do CONTRATANTE e de suas unidades, onde entregar o material/prestar serviço;
- 7.10** Manter a disciplina no local dos serviço/produto, adotando medidas que previnam ou reprimam, de forma eficaz, condutas prejudicial à adequada execução contratual, sobre pena de aplicação das penalidades cabíveis;
- 7.11** Assumir todas as responsabilidades e tomar as medidas necessárias ao atendimento de seus empregados, acidentados ou com mal súbito;
- 7.12** A Contratada deverá manter durante toda a execução do processo, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no contrato.

8. OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

- 8.1** Receber o objeto no prazo e condições estabelecidas no Termo de Referência do contrato e seus anexos;
- 8.2** Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos produtos recebidos provisoriamente com as especificações constantes no Termo de Referência do contrato e da proposta, para fins de aceitação e recebimento definitivo;
- 8.3** Efetuar o pagamento à contratada no valor correspondente ao fornecimento do objeto, no prazo e forma estabelecidos no edital e seus anexos.

- 8.4** Comunicar oficialmente à contratada quaisquer ocorrências verificadas

Departamento de Saúde

Rua: João Leone, 430, Centro, Palmital-SP

Telefone: 0800-000-9333 / (18) 3351-9335 / (18) 3351-3637 / (18) 3351-9333

Email: dpsaude@palmital.sp.gov.br

no



**MUNICÍPIO DE
PALMITAL**

cumprimento do contrato.

8.5 Comprovar e relatar, por escrito, as eventuais irregularidades na execução do presente Contrato.

9. DA GESTÃO E DA FISCALIZAÇÃO DO PROCESSO

9.1 O acompanhamento e a fiscalização da execução do serviço/objeto consistem na verificação da conformidade referente à concessão dos serviços, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercidos por um ou mais representantes do Município, especialmente designados, na forma dos artigos 117 e 140 Lei nº 14.133/2021.

9.2 As atribuições do Gestor e do Fiscal do Contrato foram estabelecidas nos artigos 17 a 23 do Decreto Municipal nº 5.013, de 31 de março de 2023.

9.3 O presente contrato terá como gestor o senhor (a) **Nádia Patricia Cascales Ortiz Gonzalez, Diretora de Saúde**, portador (a) do **CPF: 247.705.868-17**.

9.4 O CONTRATO terá como fiscal a senhor (a) **Francine Silva de Arruda Mendes, Farmacêutica CRF SP 72.174**, portadora do CPF: **053.848.839-52**, e **Isabella Monteiro Pedro, Farmacêutica CRF SP 71.751**, portadora do CPF: **369.142.594-44** que acompanhará e fiscalizará a execução do presente contrato, devendo informar a inexecução total ou parcial deste termo aos superiores, em tempo hábil para a adoção das medidas convenientes, a situação que demandar decisão ou providência que ultrapasse sua competência, conforme Artigo 117 da Lei nº 14.133/2021.

10. PAGAMENTO

10.1 O pagamento será efetuado em 30 (trinta) dias após a execução do serviço/produto, mediante o recebimento da respectiva nota fiscal eletrônica certificada pela fiscalização do contratante.

10.2 Havendo erro na apresentação da nota fiscal ou dos documentos pertinentes à contratação, ou, ainda, circunstância que impeça a liquidação da despesa, como, por exemplo, obrigação financeira

Departamento de Saúde

Rua: João Leone, 430, Centro, Palmital-SP

Telefone: 0800-000-9333 / (18) 3351-9335 / (18) 3351-3637 / (18) 3351-9333

Email: dpsaude@palmital.sp.gov.br

pendente,
imposta ou



**MUNICÍPIO DE
PALMITAL**

decorrente de penalidade
inadimplência, o

pagamento ficará sobrestado até que a contratada providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para o contratante;

10.3 O pagamento poderá ser creditado em favor da contratada por meio de ordem bancária, sendo que a instituição bancária deverá ser indicada na proposta ou na nota fiscal, devendo para isto ficar especificado o nome do banco, agência com a qual opera localidade e número da conta-corrente em que deverá ser efetivado o crédito;

10.4 Considera-se como data do efetivo pagamento o dia em que for emitida a competente ordem bancária em favor da contratada;

10.5 Quando legalmente exigido, o contratante fará a retenção na fonte e o respectivo recolhimento de outros tributos e contribuições;

10.6 O contratante poderá deduzir, cautelar ou definitivamente, do montante a pagar à contratada, os valores correspondentes a multas, ressarcimentos ou indenizações devidas pela contratada, nos termos deste instrumento;

11. FORO E QUALIFICAÇÃO TECNICA

11.1 Para dirimir quaisquer questões decorrentes deste procedimento e da contratação dele originada será competente o foro do município onde esteja localizado o órgão contratante.

11.2 Autorização de Funcionamento do licitante (AFE), expedida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de acordo com o disposto nos Art. 1º e 2º da Lei nº 6.360/1976.

11.3 A licitante poderá apresentar protocolo de renovação da AFE e AE emitido com data inferior ao vencimento desta e este será aceito com prazo máximo de 180 dias após emissão.



MUNICÍPIO DE PALMITAL

12. CRITÉRIO DE JULGAMENTO DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

12.1 O critério de julgamento da contratação será o de **menor preço por item**.

12.2 O registro de preços independe de previsão orçamentária. Isso porque não há obrigatoriedade da contratação, conforme Decreto Federal nº 7.892, de 23 de Janeiro de 2013, Art. 7º, § 2º. Porquanto, desnecessário indicar a dotação orçamentária, que somente será exigida para a formalização do contrato ou outro instrumento hábil.

13. DA PARTICIPAÇÃO DOS INTERESSADOS

13.1 Os participantes poderão acessar o edital através Portal da Prefeitura de Palmital-SP (<http://www.palmital.sp.gov.br>), ou pelo Portal de Compras, bem como pela Bolsa de Licitações e Leilões do Brasil (www.bll.org.br), sendo mais bem especificado o EDITAL.

13.2 Os prestadores deverão atender aos procedimentos previstos no presente Termo de Referência deste contrato;

13.3 O prestador é o responsável por qualquer transação efetuada diretamente ou por seu representante no que se refere ao contrato em pauta, não cabendo ao órgão promotor do procedimento a responsabilidade por eventuais danos decorrentes.

13.4 Não poderão participar desta contratação os prestadores:

13.4.1 Que não atendam às condições deste termo e seus anexos;

13.4.2 Estrangeiros que não tenham representação legal no Brasil com poderes expressos para receber citação e responder administrativa ou judicialmente;

13.4.3 Que se enquadrem nas seguintes vedações:

- a.** Pessoa física ou jurídica que se encontre, ao tempo da contratação, impossibilitada de contratar em decorrência de sanção que lhe foi imposta;
- b.** Empresas controladoras, controladas ou coligadas, nos termos da

Lei nº
de 1976,



**MUNICÍPIO DE
PALMITAL**

6.404, de 15 de dezembro
concorrendo entre si;

c. Pessoa física ou jurídica que, nos 5 (cinco) anos anteriores à divulgação do aviso, tenha sido condenada judicialmente, com trânsito em julgado, por exploração de trabalho infantil, por submissão de trabalhadores a condições análogas às de escravo ou por contratação de adolescentes nos casos vedados pela legislação trabalhista

d. Prestador que atue em substituição a outra pessoa, física ou jurídica, com o intuito de burlar a efetividade da sanção a ela aplicada, inclusive a sua controladora, controlada ou coligada, desde que devidamente comprovado o ilícito ou a utilização fraudulenta da personalidade jurídica do prestador.

13.5 O prestador interessado, após a divulgação da abertura da presente contratação, encaminhará através do sistema eletrônico a proposta com a descrição completa do serviço/produto ofertado e o preço, até a data e o horário estabelecidos;

Todas as especificações do objeto contidas neste Termo de Referência e na proposta, em especial o preço, vinculam o prestador;

13.6 Nos preços propostos estarão inclusos todos os custos operacionais, encargos previdenciários, trabalhistas, tributários, comerciais e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente na prestação dos serviços (objeto da compra);

13.7 Os preços ofertados na proposta comercial serão de exclusiva responsabilidade do prestador, não lhe assistindo o direito de pleitear qualquer alteração, sobre alegação de erro, omissão ou qualquer outro pretexto.

Os preços unitários deverão ser expressos com até 2 (duas) casas decimais, bem como o valor total de cada item, e também o valor final da proposta comercial deverá ser expresso com 2 (duas) casas decimais. Caso sejam ofertados valores unitários expressos com mais de 3 (três) casas decimais, estas serão meramente desconsideradas, aplicando-se a regra matemática de arredondamento. Se o algarismo a ser eliminado for maior ou igual a cinco, acrescentamos uma unidade ao primeiro algarismo que está situado à sua esquerda. Se o algarismo a ser eliminado for menor que cinco,

Departamento de Saúde

Rua: João Leone, 430, Centro, Palmital-SP

Telefone: 0800-000-9333 / (18) 3351-9335 / (18) 3351-3637 / (18) 3351-9333

Email: dpsaude@palmital.sp.gov.br

devemos
da esquerda.



**MUNICÍPIO DE
PALMITAL**

manter inalterado o algarismo

Ao enviar sua proposta comercial, o proponente concordará que atende aos requisitos das seguintes declarações:

- Que inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no certame, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;
- Que cumpre os requisitos estabelecidos no artigo 3º da Lei Complementar nº 123, de 2006, estando apto a usufruir do tratamento favorecido estabelecido em seus arts. 42 a 49. (NO CASO DE EMPRESAS MEI / ME / EPP);
- Que está ciente e concorda com as condições contidas neste Termo e seus anexos;
- Que assume a responsabilidade pelas transações que forem efetuadas, assumindo como firmes e verdadeiras;
- Que não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do artigo 7º, XXXIII, da Constituição.

13.8 O encerramento da fase de envio se dará após findar o período estipulado para envio das propostas por meio eletrônico, oportunidade em que serão classificadas as propostas;

13.9 Se a proposta vencedora for desclassificada, será examinada a proposta subsequente, e, assim sucessivamente, na ordem de classificação;

13.10 Não ocorrendo à contratação na forma do item anterior serão convocadas as remanescentes que se enquadrem como pequena empresa na ordem classificatória, para o exercício dos direitos trazidos pela Lei Complementar nº 123/06 e alterações posteriores.

13.11 Encerrada a análise quanto à aceitação da proposta, se iniciará a fase de habilitação, observado o disposto neste Termo.

Após o julgamento da proposta, a habilitação do prestador será realizada mediante consulta, conforme segue:

DOCUMENTOS **MUNICÍPIO DE PALMITAL** **QUE DEVERÃO SER APRESENTADOS COMO CRITÉRIO DE HABILITAÇÃO, PELA EMPRESA QUE APRESENTAR A MELHOR PROPOSTA:**

Documentação relativa à REGULARIDADE FISCAL, SOCIAL E TRABALHISTA

- Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (**CNPJ**);
- Prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (**FGTS**);
- **Fazenda Federal:** consistindo em Certidão Negativa ou Positiva com Efeito de Negativa junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) conforme Portaria MF 358, de 5 de setembro de 2014, de tributos e contribuições federais e Certidão de quitação da dívida da união, expedida pela Procuradoria da Fazenda Nacional.
- **Fazenda Estadual:** Certidão Negativa ou Positiva com Efeito de Negativa relativo ao ICMS da sede do Licitante;
- **Fazenda Municipal:** Certidão de regularidade de débito com a Fazenda Municipal (Certidão Negativa ou Positiva com Efeito de Negativa), da sede ou do domicílio do licitante, relativa aos tributos incidentes sobre o objeto desta licitação;
- Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas - **CNDT** ou Positiva de Débitos Trabalhistas com Efeito de Negativa;
- A regularidade relativa ao **FGTS**, que demonstre cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei.

14. SANÇÕES

14.1 Mediante procedimento administrativo que assegure o contraditório e a ampla defesa, o prestador que cometer qualquer das infrações discriminadas no artigo 155 da Lei Federal nº 14.133/2021 ficará sujeito, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às seguintes sanções:

- Advertência;
- Multa de 0,5% (cinco décimos por cento) do valor da parcela em atraso, por dia, até o limite de 15% (quinze por cento); ultrapassado esse limite, poderá ser caracterizada a



objeto;

- Multa de até 30% (trinta por cento) do valor empenhado, em caso de inexecução total ou parcial do objeto, assim também considerado o atraso injustificado superior a 15 (quinze) dias;
- Qualquer outro fato que importe inexecução não relacionada a descumprimento de prazos ou que não enseje rescisão da contratação sujeitará a contratada à multa de até 10% (dez por cento) do valor empenhado;
- Impedimento de licitar e contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta do ente federativo que tiver aplicado a sanção, pelo prazo máximo de 3 (três) anos, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave;
- Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar, que impedirá o responsável de licitar ou contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta de todos os entes federativos, pelo prazo mínimo de 3 (três) anos e máximo de 6 (seis) anos, nos casos que justifiquem a imposição da penalidade mais grave;

14.2 Todas as comunicações serão realizadas de forma eletrônica, nos endereços de e-mail cadastrados, sendo de responsabilidade da contratada o acompanhamento e atualização dos respectivos cadastros;

- A comunicação, enviada aos endereços de correio eletrônico da contratada, será considerada como efetivamente realizada após 5 (cinco) dias úteis, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à data do envio;
- O recebimento da comunicação enviada por correio eletrônico, sempre que possível, deverá ser certificado pelo contratante.

14.3 As multas previstas neste instrumento, se aplicadas, poderão ser descontadas dos pagamentos a que porventura o adjudicatário tenha direito;

14.4 Caso inexistam pagamentos ou se o valor das faturas for insuficiente, o adjudicatário deverá recolher as multas no prazo máximo de 15

(quinze) dias
do recebimento



**MUNICÍPIO DE
PALMITAL**

corridos contados a partir
da notificação, através de
Boleto a ser emitido em nome da contratada, apresentando o
comprovante, sobre pena de inscrição na Dívida Ativa;

Nádia Patrícia Cascales Ortiz Gonçalves
Diretora de Saúde

Francine Silva de Arruda Mendes
CRF SP 72.174
Farmacêutica

Isabella Monteiro Pedroso
CRF SP 71.751
Farmacêutica