



PREFEITURA DE VERA CRUZ

**TR – TERMO DE REFERÊNCIA
MATERIAL DE CONSUMO**

O QUE SERÁ CONTRATADO?							
Item	Descrição	Código do Produto no Sistema SCPI	Unidade	Qntd.	**Valor Unitário Estimado	**Total	
1	ÁCIDO ASCÓRBICO 500 MG/5ML	005005181	AMP	300	1,85	555,00	
2	ÁCIDO TRANEXÂMICO 250 MG/5ML	005004179	AMP	300	7,25	2175,00	
3	ADENOSINA 3 MG/ML	012000524	AMP	300	13,85	4155,00	
4	ÁGUA DESTILADA 10 ML	012002018	AMP	4500	0,364	1638,00	
5	AMINOFILINA 24 MG/ML 10 ML	005005613	AMP	300	6,565	1969,50	
6	AMIODARONA 50 MG/ML	005004120	AMP	300	3,623	1086,90	
7	ATROPINA 0,25 MG/ML	005000994	AMP	300	1,55	465,00	
8	BENZILPENICILINA 1200000	005000727	AMP	1200	14,85	17820,00	
9	BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% 10 ML	005005168	AMP	300	1,12	336,00	
10	BIPERIDENO 5 MG/ML	005002487	AMP	150	3,32	498,00	
11	BROMOPRIDA 5 MG/ML	005005625	AMP	5000	2,825	14125,00	
12	CEFEPIMA 1 G	005001465	AMP	300	2,25	675,00	
13	CEFTRIAXONA 1 G IM	005005713	AMP	1200	7,10	8520,00	
14	CETOPROFENO 100 MG/2ML	005003601	AMP	3200	5,895	18864,00	
15	CIMETIDINA 150 MG 2 ML	005005623	AMP	1200	1,75	2100,00	
16	CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% 10 ML	005005172	AMP	150	0,85	127,50	

Rua Dra Cecília Rangel Janini, nº 03 – Centro
Vera Cruz/SP – CEP 17560-000
CNPJ 72.887.078/0001-80
IE 713.059.023.117

(14) 3492-9700
www.veracruz.sp.gov.br



PREFEITURA DE VERA CRUZ

17	CLORETO DE SÓDIO 20 % 10 ML	005002713	AMP	150	0,85	127,50
18	CLORPROMAZINA 25 MG/5ML	005003964	AMP	150	5,35	802,50
19	COMPLEXO B INJ	005001536	AMP	3000	1,393	4179,00
20	DESLANOSÍDEO 0,2 MG/ML	005004122	AMP	150	2,85	427,50
21	DEXAMETASONA 4 MG/ML	005001538	AMP	6000	1,133	6798,00
22	DEXTROCETAMINA 50 MG/ML	005006152	AMP	150	17,24	2586,00
23	DIAZEPAN 10 MG 2 ML	005003676	AMP	600	1,85	1110,00
24	DICLOFENACO SÓDICO 75 MG 3 ML	005003263	AMP	3000	1,05	3150,00
25	DIPIRONA 500 MG/ML	005000094	AMP	9000	1,402	12618,00
26	DIPROP DE BETAMETASONA 5 MG +FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA 2 MG 1 ML	005005620	AMP	5000	15,29	76450,00
27	DOBUTAMINA 250 MG/20 ML	005005170	AMP	150	7,363	1104,45
28	DIMENIDRATO +PIRIDOXINA 1 ML IM	005001539	AMP	600		
29	DIMENIDRATO+ OIRIDOXINA DL EV	005004176	AMP	600	12,308	7380,00
30	EPINEFRINA 1 MG/ML	005001977	AMP	300	2,05	615,00
31	ESCOPOLAMINA+DIPIRONA 5 ML INJ	005005614	AMP	6000	2,45	14700,00
32	ESCOPOLAMINA 20 MG/ML	005003371	AMP	5000	1,477	7385,00
33	ETOMIDATO 2 MG/ML	005006144	AMP	150	15,621	2343,15
34	FENITOINA 50 MG/ML 5 ML	005005064	AMP	150	2,694	404,10
35	FENOBARBITAL 100 MG/ML	005005364	AMP	150	3,48	522,00
36	FENTANIL 0,05 MG	005001682	AMP	150	5,507	826,05



PREFEITURA DE VERA CRUZ

37	FITOMENADIONA – VIT K 10 MG/ML	005002386	AMP	150	3,779	566,85
38	FUROSEMIDA 20 MG/2ML	005006122	AMP	900	1,83	1647,00
39	GLICOSE 25% 10 ML	005005622	AMP	1200	0,91	1092,00
40	GLICOSE 50 % 10 ML	005005623	AMP	1200	0,872	1046,40
41	GLUCONATO DE CÁLCIO 10%	005001258	AMP	150	3,084	462,60
42	HALOPERIDOL 5 MG/ML	005003621	AMP	150	1,35	202,50
43	HEPARINA 5000 UI/0,25 ML	005002206	AMP	300	8,267	2480,10
44	HIDROCORTIZONA 100 MG	005003729	AMP	900	4,30	3870,00
45	HIDROCORTIZONA 500 MG	005005174	AMP	900	7,60	6840,00
46	ISOSSORBIDA 5 MG SL	005003265	AMP	150	0,37	55,50
47	LIDOCAÍNA 2% S/ VASO	005006011	AMP	600	6,25	3750,00
48	METILERGOMETRINA 0,2 MG/ML	005006168	AMP	300	3,05	915,00
49	METOCLOPRAMIDA 10 MG/2ML	005000055	AMP	900	1,28	1152,00
50	METOPROLOL 1 MG/ML	005005435	AMP	150	30,72	4608,00
51	MIDAZOLAN 5 MG/ML	005005166	AMP	150	4,173	625,95
52	MORFINA 10 MG/ML	005005165	AMP	300	3,152	945,60
53	NALOXONA 0,4 MG/ML	005006143	AMP	150	9,246	1386,90
54	NITROGLICERINA 5 MG/ML	005006145	AMP	150	5,43	814,50
55	NITROPRUSSIONATO DE SÓDIO 50 MG	005000995	AMP	150	12,70	1905,00
56	NOREPINEFRINA 4 MG/4ML	005005121	AMP	150	5,09	763,50
57	OMEPRAZOL 40 MG/10ML	005001812	AMP	300	8,52	2556,00



PREFEITURA DE VERA CRUZ

58	PETIDINA 50 MG/ML 2 ML	005003749	AMP	150	3,30	495,00
59	PROMETAZINA 25 MG/ML	005000197	AMP	1200	3,042	3650,40
60	PROPOFOL 10 MG/ML	005006147	AMP	150	15,60	2340,00
61	SALBUTAMOL 100 MCG/DOSE	005000723	AMP	300	19,198	5759,40
62	SULFATO DE MAGNÉSIO 10% 10 ML	005005169	AMP	150	1,98	297,00
63	SUXAMETÔNIO 100 MG	005006185	AMP	150	41,65	6247,50
64	TENOXICAN 40 MG EV	005001396	AMP	1600	11,93	19088,00
65	TERBUTALINA 0,5 MG/ML	005001361	AMP	300	3,44	1032,00
66	TIOCOLCHICOSÍDEO 4 MG/2ML	005005167	AMP	1200	5,14	6168,00
67	TRAMADOL 100 MG/2 ML	005001541	AMP	1200	2,25	2700,00
VALOR GLOBAL ESTIMADO**						R\$ 304100,85

DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO	
QUAL O MOTIVO DA CONTRATAÇÃO?	Registro de preços para possível aquisição de medicamentos injetáveis a serem utilizados para atender as demandas do município de Vera Cruz – SP no Pronto Atendimento no período de 12 meses.
NATUREZA E GARANTIA	
NATUREZA	<input checked="" type="checkbox"/> Comum. <input type="checkbox"/> Especial
PROVA DE QUALIDADE, RENDIMENTO, DURABILIDADE E SEGURANCA DO MATERIAL	
HAVERÁ PROVA DE QUALIDADE?	<input type="checkbox"/> Sim Justificativa: <input checked="" type="checkbox"/> Não



PREFEITURA DE VERA CRUZ

O EDITAL EXIGIRÁ AMOSTRA?	<input type="checkbox"/> Sim Justificativa: <input checked="" type="checkbox"/> Não
HAVERÁ GARANTIA DO BEM?	<input type="checkbox"/> Sim. <input checked="" type="checkbox"/> Não.
HAVERÁ ASSISTÊNCIA TÉCNICA?	<input type="checkbox"/> Sim.. <input checked="" type="checkbox"/> Não será prestada assistência técnica em relação aos itens X e Y.
CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	
FORMA DE CONTRATAÇÃO	<input type="checkbox"/> Inexigibilidade de licitação, com fundamento no art. 74, X, da Lei Federal nº 14.133/21. <input type="checkbox"/> Dispensa de licitação em razão do valor*, com fundamento no art. 75, II, da Lei Federal nº 14.133/21. <input type="checkbox"/> Dispensa de licitação, com fundamento no art. 75, X, da Lei Federal nº 14.133/21. Pregão eletrônico.
CRITÉRIO DE JULGAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> Menor Preço <input type="checkbox"/> Maior desconto
O ORÇAMENTO ESTIMADO É SIGILOSO?	<input type="checkbox"/> Sim. Justifique: <input checked="" type="checkbox"/> Não.
QUALIFICAÇÕES TÉCNICAS EXIGIDAS	<input type="checkbox"/> Declaração de ciência das informações necessárias para o cumprimento da futura obrigação contratual. Justificativa: <input checked="" type="checkbox"/> Registro na entidade profissional competente. Justificativa: <input type="checkbox"/> Indicação de pessoal técnico, instalações e aparelhamento para o cumprimento da futura obrigação da equipe técnica responsável pela execução dos trabalhos. Justificativa: <input type="checkbox"/> Outro previsto em lei especial. Especificar: Justificativa:



PREFEITURA DE VERA CRUZ

	<input type="checkbox"/> Não será exigida prova de qualificação técnica em razão da baixa
HÁ CRITÉRIO DE SUSTENTABILIDADE?	<input type="checkbox"/> Sim Especificar: <input checked="" type="checkbox"/> Não
HÁ RISCOS A SEREM ASSUMIDOS PELA CONTRATADA?	<input type="checkbox"/> Sim Especificar: <input checked="" type="checkbox"/> Não
FORMA DE ENTREGA DO MATERIAL	
COMO O BEM DEVE SER ENTREGUE?	<input type="checkbox"/> O bem deve ser totalmente entregue de uma só vez, conforme edital. <input checked="" type="checkbox"/> O bem deve ser entregue em parcelas, sendo a 1º em até 02 dias, a contar do recebimento da nota de empenho, e as demais, conforme necessidade da contratante dentro do prazo de vigência contratual, mediante seu aviso.
LOCAL E HORA DA ENTREGA	O entrega deverá ocorrer no endereço R Paes Leme, nº 159 no horário entre 08:00 e 16:00 .
PRAZO MÁXIMO DE VALIDADE	No caso de bens perecíveis, o seu prazo de validade na data da entrega não poderá ser menor que 12 meses, conforme prazo total recomendado pelo fabricante
PRAZO, FORMA DE PAGAMENTO E GARANTIA DO CONTRATO	
PRAZO DO CONTRATO	<input type="checkbox"/> 30 dias (pronta entrega). <input checked="" type="checkbox"/> 12 meses. <input type="checkbox"/> Outro prazo. Especificar: (indicar prazo contratual)
HAVERÁ POSSIBILIDADE DE PRORROGAÇÃO?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim, nas hipóteses do art. 111 da Lei Federal nº 14.133/21. <input type="checkbox"/> Não.
FORMA DE PAGAMENTO	As notas fiscais não poderão ter rasuras e deverão descrever corretamente o item, e número de empenho, o número do processo de compras, dados bancários para depósito. As notas fiscais serão liberadas para pagamento somente quando acompanhadas do relatório de recebimento, devidamente assinado e carimbado pelo funcionário responsável. A Nota Fiscal deverá ser compatível com o contrato social sob pena de



PREFEITURA DE VERA CRUZ

	<p>não efetuar o pagamento.</p> <p>O pagamento será realizado em até 30 (trinta) dias após a entrega do objeto, mediante a apresentação das respectivas notas fiscais/faturas.</p> <p>Nenhum pagamento será efetuado a detentora da Ata enquanto pendente de liquidação quaisquer obrigações financeiras que lhe foram impostas, em virtude de penalidade ou inadimplência, sem que isso gere direito ao pleito de reajustamento de preços ou correção monetária.</p>
QUAL A GARANTIA DO CONTRATO?	<p><input type="checkbox"/> X% do valor inicial do contrato. Justificativa</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não há. Justificativa: (A não exigência de garantia deve ser justificada).</p>
PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA	
DADOS ORÇAMENTÁRIOS DA CONTRATAÇÃO	<p>As despesas decorrentes da contratação ocorrerão a conta dos recurso do Município de Vera Cruz no exercício de 2024, informadas pelo Secretario de Planejamento.</p>

Vera Cruz,

Adriane Cordeiro
Farmacêutica Responsável

Adriana Ramires Silva
Diretora Municipal de Saúde e Higiene