



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

TERMO DE REFERÊNCIA

1- INTRODUÇÃO

1.1. A elaboração do Termo de Referência, consoante disposto no art. 18 da Lei Federal nº 14.133/2021, o presente Termo de Referência destina-se à formalização da primeira etapa do planejamento da contratação pública em apreço;

1.2. Demonstrar-se-á neste documento a caracterização do interesse público na contratação em tela, tendo presente as características do objeto e a indubitável necessidade da futura avença;

1.3. Como instrumento que antecede à elaboração do Edital, o Termo de Referência ora elaborado demonstrará, ainda, que a contratação em comento constitui a melhor solução para a necessidade pública intentada pela Administração Municipal.

2- DO OBJETO

2.1. Constitui objeto deste instrumento a Contratação de empresa especializada objetivando o fornecimento parcelado de medicamento atenção básica, hospitalar e controle especial destinado ao Fundo Municipal de Saúde do Município de Santa Cruz da Baixa Verde(PE), tendo em vista a necessidade de abastecimento da rede municipal de saúde do município, conforme estabelecido neste Estudo Técnico Preliminar e no Termo de Referência, anexos.

3 – DAS CONDIÇÕES GERAIS DA CONTRATAÇÃO

3.1. A realização de processo de Pregão de forma Eletrônica de licitação para a futura aquisição deste objeto se justifica face ao interesse público presente na utilização do produto para a prevenção e perfeito funcionamento das Unidades de Saúde desta Administração Pública Municipal, a fim de garantir a melhor qualidade de vida na nossa população.

3.2. A contratação de empresa para fornecimento de Medicamentos deve-se à necessidade de promover a ao atendimento pontual e de emergência, motivada pela necessidade premente de colocar em funcionamento as Unidades Municipais de Saúde em apreço, que estará executando os serviços de essenciais para nossa população, visando manter as unidades de saúde sob a responsabilidade da Secretaria de Municipal de Saúde, em condições ideais de funcionamento, garantindo a segurança dos usuários.

3.2. O prazo de vigência da contratação é de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura.

3.3. O valor do contrato será fixo e irrevogável, mormente em face do ora avençado e das características inerentes ao objeto.

4. FUNDAMENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

4.1. A Fundamentação da Contratação encontra-se pormenorizada em Tópico específico do Estudo Técnico Preliminar.

5. DA DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO CONSIDERADO O CICLO DE VIDA DO OBJETO

5.1. A descrição da solução como um todo encontra-se pormenorizada em tópico específico do Estudo Técnico Preliminar.

MEDICAMENTOS MEDICO HOSPITALAR			
ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.
1	AMINOFILINA 240MG/ML.AMP 10ML	AMP	100
2	AMPICILINA IG. INJ. S/DIL	AMP	1.000
3	ATROPINA 0,25MG/ML INJETAVEL AMPOLA	AMP	500
4	BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/ 10ML	AMP	100
5	EFALOTINA SODICA 1 G INJ. S/ DIL.	AMP	2.500
6	CEFTRIAXONA SÓDICA, DOSAGEM 1 G, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS ENDOVENOSO	AMP	2.400
7	CIPROFLOXACINO 200MG BOLSA 100 ML	FR	1.000
8	CLORAFENICOL 1 G. INJ.	AMP	1.000
9	PROMETAZINA CLORIDRATO, DOSAGEM 25 MG C 2 ML	AMP	1.500
10	DEXAMETASONA, COMPOSIÇÃO SAL ACETATO + DEXAMETASONA FOSFATO, CONCENTRAÇÃO 8 MG+ 2 MG/ML, FORMA FARMACEUTICA SUSPENSÃO INJETÁVEL	AMP	3.000
11	DEXAMETASONA 4 MG. 2,5 ML.	AMP	3.000
12	DICLOFENACO SODIO 25 MG 3 ML	AMP	3.000
13	DIPIRONA 2 ML. INJ.	AMP	5.000
14	ERGOMETRINA MALEATO, DOSAGEM 0,2 MG	AMP	2.000
15	FENOTEROL GOTAS 0,5% 20ML	FR	300
16	FUROSEMIDA 10MG. INJ.	AMP	2.000
17	GENTAMICINA, DOSAGEM 40 MG/2ML, APLICAÇÃO SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMP	500



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

18	GENTAMICINA 80MG. INJ.2 ML	AMP	500
19	GLUCONATO DE CÁLCIO 10%	AMP	250
20	GLICOSE A 50% 10ML.	AMP	6.000
21	HEPARINA 5.000 UI/5 ML SUBCUTÂNEA	AMP	500
22	HIDRALAZINA 20 MG/1 ML	AMP	500
23	HIDROCLORTIZONA 100MG. INJ.	AMP	2.400
24	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO	VD/100ML	3.000
25	HIDROCORTIZONA 500MG. INJ.	AMP	2.400
26	IBUPROFENO 20MG/100ML	VD	3.000
27	LIDOCAÍNA 2% 20ML. S/V	VD	2.000
28	METOCLOPRAMIDA 5MG. 2 ML.	AMP	2.000
29	METRONIDAZOL, DOSAGEM 5MG/ML, APRESENTAÇÃO SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMP	1.600
30	OXACILINA 500MG INJ	AMP	500
31	BENZILPENICILINA, POTÁSSICA, ASSOCIADA À PENICILINA PROCAINADA, 100.000UI + 300.000UI, INJETÁVE	AMP	500
32	PROMETAZINA CLORIDRATO, 25 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMP	3.000
33	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML.	F/A	18.000
34	SORO GLICO-FISIOLÓGICO 1000ML	F/A	7.000
35	SORO GLICOSADO 5% 500 ML.	F/A	8.400
36	SORO RINGER C/LACTATO 500 ML.	F/A	9.600
37	SULFATO DE MAGNÉSIO 50% C/10ML	AMP	100
38	TENOXICAN 20MG, PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL + AMPOLA COM 2ML DE DILUENTE	AMP	600
39	ÁCIDO TRANEXÂMICO, 250 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMP	2.000



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

40	ÁCIDO ASCÓRBICO, 100 MG/5ML, INJETÁVEL. (VITAMINA C)	AMP	6.000
41	BUTILBROMETO DE ESCOPOLOMINA + DIPIRONA SOLUÇÃO INJETÁVEL 4MG/500 MG 5ML	AMP	5.000
42	CLORETO DE SÓDIO 20% SOLUÇÃO INJ. 10ML	AMP	1.000
43	CLINDAMICINA, 150 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL 10ML	AMP	1.000
44	CLORETO DE SÓDIO 0,9 250ML	AMP	1.000

MEDICAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.
1	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100 MG	CPR	200.000
2	ÁCIDO FÓLICO 5 MG	CPR	25.000
3	ALBENDAZOL 400 MG	FR	6.000
4	AMBROXOL ADULTO	VD	3.500
5	AMBROXOL PEDIÁTRICO	VD	3.750
6	AMOXICILINA 250MG. 60 ML SUSP.	VD	2.000
7	AMOXICILINA 500 MG	CPR	50.000
8	AMPICILINA 50MG. 60 ML. SUSP	VD	2.500
9	AMPICILINA 500MG	CPR	10.000
10	ANLODIPINO, BESILATO 10 MG	CPR	70.000
11	ANLODIPINO, BESILATO 5 MG	CPR	70.000
12	ATENOLOL 100 MG	CPR	70.000
13	ATENOLOL 50 MG	CPR	10.000
14	AZITROMICINA 40 MG/ML	VD	1.500
15	AZITROMICINA 500 MG	CPR	5.000
16	CARVEDILOL 3.125	CPR	10.000
17	CARVEDILOL 12,5	CPR	10.000
18	CARVEDILOL 25 MG	CPR	10.000
19	CAPTOPRIL 25 MG	CPR	120.000
20	CAPTOPRIL 50 MG	CPR	120.000
21	CEFALEXINA SÓDICA 50 MG/ML	VD/ 100ML	1.500
22	CEFALEXINA SÓDICA 500 MG	CPR	20.000
23	CIPROFLOXACINO, CLORIDRATO 500 MG	CPR	20.000



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

24	CLORAFENICOL hemi-succinato, po para solução injetável 1 g + diluente	VD	750
25	BROMOPIDA 25 MG. INJETAVEL.	AMP	5.000
26	COMPLEXO "B" DRG.	CPR	20.000
27	VITAMINAS DO COMPLEXO B - VITAMINAS DO COMPLEXO B, COMPOSIÇÃO BÁSICA VITAMINAS: B1,B2,B6,B12 E PP, USO SOLUÇÃO ORAL	VD	2.500
28	DEXAMETASONA CREME 10 G.	BN	7.000
29	DEXAMETASONA LÍQUIDO	VD/C120ML	5.000
30	DEXCLORFENIRAMINA 2MG	CPR	2.500
31	DEXCLORFENIRAMINA MALEATO XAROPE 0,4 MG/ML	VD	5.000
32	DIGOXINA 0,25 MG	CPR	5.000
33	DIMETICONA	CPR	10.000
34	DIPIRONA 500 MG. CPR.	CPR	40.000
35	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 10 ML	FR	2.000
36	ENALAPRIL, MALEATO 10 MG	CPR	70.000
37	ENALAPRIL, MALEATO 20 MG	CPR	75.000
38	ENALAPRIL, MALEATO 5 MG	CPR	70.000
39	ESPIROLACTONA 50 MG	CPR	2.000
40	FLUCONAZOL 150 MG	CPR	7.500
41	FUROSEMIDA 40 MG	CPR	50.000
42	GLIBENCLAMIDA 5 MG	CPR	200.000
43	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG	CPR	300.000
44	HIDROCLOROTIAZIDA 50MG	CPR	5.000
45	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO	VD	3.000
46	IVERMECTINA 6 MG	CPR	2.000
47	IBUPROFENO 20MG/ML	VD	5.000
48	IBUPROFENO 600 MG	CPR	10.000
49	IBUPROFENO 300 MG	CPR	10.000
50	LORATADINA 10 MG	CPR	30.000
51	LORATADINA XAROPE 1 MG/ML	VD	6.000
52	LOSARTANA POTÁSSICA 50 MG	CPR	150.000
53	MEBENDAZOL 100 MG	CPR	10.000
54	MEBENDAZOL 20 MG/ML	VD	5.000
55	METFORMINA, CLORIDRATO 850 MG	CPR	60.000
56	METILDOPA 250 MG	CPR	60.000
57	METILDOPA 500MG	CPR	40.000



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

58	METOCLOPRAMIDA 10 MG	CPR	30.000
59	METOCLOPRAMIDA GOTAS 1 MG 10 ML	VD	12.000
60	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 4 MG/ML	VD	6.000
61	METRONIDAZOL 250 MG	CPR	25.000
62	METRONIDAZOL 50G (GELÉIA GINECOLÓGICA)	TB	500
63	METRONIDAZOL CREME VAGINAL 5%	BN	1.500
64	METRONIDAZOL, DOSAGEM 40 MG/80ML, APRESENTAÇÃO SUSPENSÃO ORAL	VD	800
65	MICONAZOL CREME VAGINAL 2%	TB	2.000
66	NEOMICINA+BACITRACINA	BN	1.250
67	NISTATINA CREME VAGINAL	BN	2.000
68	NISTATINA SUSPENSÃO ORAL 100.000 UI/ML	VD	2.000
69	ÓLEO MINERAL 100% FR. 100 ML	UND	2.000
70	OMEPRAZOL 20 MG	CPR	10.000
71	PARACETAMOL 200 MG/15ML	FR	5.000
72	PARACETAMOL 750 MG	CPR	30.000
73	PARACETAMOL 500 MG	CPR	25.000
74	PERMANGANATO DE POTÁSSIO 100MG	CPR	500
75	PREDNISOLONA FOSFATO SÓDICO, DOSAGEM 3 MG/ML, APRESENTAÇÃO SOLUÇÃO ORAL	VD	100
76	PREDNISONA 20 MG	CPR	30.000
77	PREDNISONA 5 MG	CPR	20.000
78	PROPRANOLOL, CLORIDRATO 40 MG	CPR	60.000
79	RANITIDINA, CLORIDRATO 150 MG	CPR	30.000
80	SALBUTAMOL XAROPE 100 ML	FR	3.000
81	SINVASTATINA 10 MG	CPR	30.000
82	SINVASTATINA 20 MG	CPR	70.000
83	SULFA+TRIMETOPRINA 400+80MG.	CPR	5.000
84	SULFA+TRIMETOPRINA SUSP.	VD	3.000
85	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 80 MG + 16 MG/ML	AMP	1.000



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

86	SULFATO FERROSO 25 MG/ML	FR	6.000
87	SULFATO FERROSO 40 MG	CPR	25.000
88	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL	PCT	25.000
89	VITAMINA C 500 MG	CPR	36.000
90	VITAMINA C GTS ACIDO ASCORBICO	FRS	2.500
91	BROMOPRIDA GOTAS	FRS	100
92	ACIDO ASCORBICO 1 G	COMP	3.000
93	LOSARTANA 100 MG	COMP	1.000
94	Cloridrato de Metformina 500 mg	COMP	50.000
95	Sulfadiazina de prata	BISNAGA	120
96	ALBENDAZOL LIQ 40MG/ML	FRASCO	300

MEDICAMENTOS CONTROLE ESPECIAL			
ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.
1	Cloridrato de amitriptilina 25 mg.	Comprimidos	70.000
2	BIPERIDENO 5MG/ML	Ampolas	1.000
3	BIPERIDENO, CLORIDRATO 2 MG	Comprimidos	60.000
4	BROMAZEPAN 6 MG	Ampolas	200
5	CARBAMAZEPINA 200 MG	Comprimidos	20.000
6	CARBAMAZEPINA 400MG	Frascos	200
7	CARBONATO DE LÍTIO 300 MG	Comprimidos	30.000
8	CLONAZEPAM 0,5 MG	Comprimidos	50.000
9	CLONAZEPAM 2 MG	Ampolas	300
10	CLORIDRATO DE PETIDINA DOLOSAL 50 MG COM 2 ML (DOLANTINA OU SIMILAR) AMP	Ampolas	300
11	CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25 MG	Comprimidos	20.000
12	CLORPROMAZINA 25 MG/5ML	Ampolas	500
13	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 100 MG	Frascos	80
14	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 40 MG/ML	Comprimidos	60.000
15	DIAZEPAM 5 MG	Frascos	500
16	DIAZEPAN 10 MG. comp.	Ampolas	500



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

17	DOPAMINA 5MG/ML. AMP. 10ML. - DOPAMINA, CLORIDRATO DE 5MG/ML	Comprimidos	60.000
18	FENITOINA 50MG/ML IM/IV SOL. INJ. 5MLAMPOLA COM 5 ML DE FENITOÍNA 50 MG/ML, EM SOLUÇÃO INJETÁVEL	Ampolas	300
19	FENITOÍNA SÓDICA 100 MG	Frascos	500
20	FENITOÍNA SÓDICA, DOSAGEM:20 MG/ML, APRESENTAÇÃO:SUSPENSÃO ORAL	Comprimidos	50.000
21	FENOBARBITAL 100 MG	Comprimidos	300
22	FENOBARBITAL 40 MG/ ML SOLUÇÃO ORAL - 20 ML	Ampolas	500
23	FENOBARBITAL SÓDICO, DOSAGEM 100 MG/ML, FORMA FARMACÊUTICA SOLUÇÃO INJETÁVEL	Comprimidos	50.000
24	FLUOXETINA 20 MG	Frascos	1.000
25	GLUCONATO DE CÁLCIO 10% C/ 10ML	Comprimidos	30.000
26	HALOPERIDOL 2 MG/ML	Frascos	200
27	HALOPERIDOL 5 MG	Ampolas	700
28	HALOPERIDOL DECANOATIO 70,2ML/ML	Comprimidos	5.000
29	HALOPERIDOL, solucao injetavel 5mg/mL, ampola 1m	Comprimidos	2.000
30	LEVOMEPROMAZINA 100 MG	Comprimidos	15.000
31	LEVOMEPROMAZINA 25 MG	Comprimidos	20.000
32	LEVOMEPROMAZINA 4% C/ 20 ML	Comprimidos	8.000
33	MORFINA, APRESENTAÇÃO SULFATO, CONCENTRAÇÃO 0,2MG/ML, FORMA FARMACÊUTICA SOLUÇÃO INJETÁVEL	Comprimidos	20.000
34	OXCARBAMAZEPINA 300MG	Comprimidos	10.000
35	OXCARBAZEPINA 600 MG	Ampolas	3.000
36	RIPERIDONA 1 GM	Comprimidos	16.000
37	RISPERIDONA 2 MG	Comprimidos	16.000
38	RISPERIDONA 3 MG	Comprimidos	5.000
39	SERTRALINA 50 MG	Comprimidos	10.000
40	TRAMADOL 50 MG/ML 1 ML	Vidros	600



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

41	VALPROATO DE SÓDIO 250 MG	Comprimidos	5.000
42	VALPROATO DE SÓDIO 500 MG	Comprimidos	10.000
43	ALPRAZOLAN 1 MG	Ampolas	1.000
44	ALPRAZOLAN 2MG	Ampolas	30
45	CARBAMAZEPINA 20 MG/ML SUSPENSÃO ORAL - 100 ML	Comprimidos	50.000
46	CITALOPRAM 20 MG	Ampolas	30
47	DIAZEPAN 10 MG. injetável 2 ml	Comprimidos	8.000
48	DIAZEPAN 5 MG INJ	Comprimidos	6.000
49	Etomidato (Injetável 2 mg/mL)	Ampolas	40
50	FENTONIL Solução injetável de 78,5 mcg/mL de citrato de fentanila	Frascos	300
51	LAMOTRIGINA 25 MG	Comprimidos	600
52	LORAZEPAN 2 MG	Ampolas	30
53	Midazolam Hipolabor 5mg/mL	Comprimidos	6.000
54	PERICIAZINA 4% C/ 20 ML	Comprimidos	6.000
55	RISPERIDONA LIQUIDO 1MG/ML	Comprimidos	6.000
56	Succinilcolina 100 MG/ML	Comprimidos	40.000
57	TOPIRAMATO 100 MG	Comprimidos	2.000
58	TOPIRAMATO 25 MG	Comprimidos	60.000
59	TOPIRAMATO 50 MG	Comprimidos	8.000
60	VALPROATO DE SÓDIO 250 MG/5ML - 100 ML- XAROPE	Comprimidos	8.000
61	CLONAZEPAM, DOSAGEM:2 MG	Comprimidos	10.000
62	LAMOTRIGINA, DOSAGEM:50 MG	Comprimidos	10.000
63	LAMOTRIGINA, DOSAGEM:100 MG	Comprimidos	6.000
64	LEVETIRACETAM, CONCENTRAÇÃO:250 MG	Comprimidos	3.000
65	LEVETIRACETAM, CONCENTRAÇÃO:500 MG	Comprimidos	1.000



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

66	LEVETIRACETAM, CONCENTRAÇÃO:1 G	Comprimidos	800
67	PARACETAMOL, APRESENTAÇÃO:ASSOCIADO COM CODEÍNA, DOSAGEM:30MG + 500MG	Comprimidos	36.000
68	TRAMADOL CLORIDRATO, DOSAGEM:50 MG, FORMA FARMACÊUTICA:LIBERAÇÃO LENTA	Comprimidos	8.000
69	MORFINA, APRESENTAÇÃO:SULFATO, CONCENTRAÇÃO:10MG	Comprimidos	8.000
70	QUETIAPINA, CONCENTRAÇÃO:25 MG	Comprimidos	8.000
71	QUETIAPINA, DOSAGEM:50 MG	Comprimidos	8.000
72	QUETIAPINA, DOSAGEM:100 MG	Comprimidos	8.000
73	OLANZAPINA, DOSAGEM:2,5 MG	Comprimidos	8.000
74	OLANZAPINA, DOSAGEM:5 MG	Frascos	300
75	OLANZAPINA, DOSAGEM:10 MG	Frascos	300
76	PERICIAZINA, DOSAGEM:10 MG/ML, FORMA FARMACÊUTICA:SOLUÇÃO ORAL - GOTAS	Comprimidos	30.000
77	PERICIAZINA, DOSAGEM:40 MG/ML, FORMA FARMACÊUTICA:SOLUÇÃO ORAL - GOTAS	Comprimidos	6.000
78	ESCITALOPRAM OXALATO, DOSAGEM:10 MG	Comprimidos	60.000
79	CLOZAPINA, DOSAGEM:25 MG	Comprimidos	6.000
80	CLOZAPINA, DOSAGEM:50 MG	Comprimidos	3.000
81	OXCARBAZEPINA, DOSAGEM:300 MG	Comprimidos	3.000
82	OXCARBAZEPINA, DOSAGEM:600 MG	Comprimidos	2.000
83	GABAPENTINA 300MG	Ampolas	50
84	CETAMINA CLORIDRATO, DOSAGEM: 50 MG/ML, APLICAÇÃO: SOLUÇÃO INJETÁVEL	Frascos	2.000
85	CLONAZEPAM, DOSAGEM 2,5 MG/ML	Comprimidos	5.000
86	LEVOMEPROMAZINA 100 MG	Comprimidos	60.000



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

6. DOS REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

6.1. VISTORIA

6.1.1. Não há necessidade de realização de avaliação prévia do local de execução do serviço, sobretudo em face das peculiaridades da execução do objeto.

6.2. DA SUBCONTRATAÇÃO

6.2.1. É vedada a subcontratação total ou parcial do objeto contratado, exceto na hipótese de serviço secundário que não integre a essência do objeto, desde que expressamente autorizada pelo Contratante, mantida em qualquer caso a integral responsabilidade do Contratado.

6.3. DA GARANTIA DA CONTRATAÇÃO

6.3.1. Não haverá exigência da garantia da contratação dos artigos 96 e seguintes da Lei nº 14.133, de 2021, pelas razões constantes do Estudo Técnico Preliminar.

7. DO MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

7.1. Regime de execução: empreitada por preço global.

7.2. O fornecimento dos Medicamentos contratados deverá obedecer a todos os prazos de validade, critérios de embalagem e acondicionamento, além da metodologia da entrega com obediência aos prazos e locais estipulados pelo Município, conforme especificações e quantitativos descritos neste Termo de Referência, conforme segue:

MEDICAMENTOS MEDICO HOSPITALAR						
ITE M	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	MARCA	QUANT.	VALOR UNT.	VALOR TOTAL
1	AMINOFILINA 240MG/ML.AMP 10ML	AMP		100	4,91	491,00
2	AMPICILINA IG. INJ. S/DIL	AMP		1.000	7,27	7.270,00
3	ATROPINA 0,25MG/ML INJETAVEL AMPOLA	AMP		500	1,51	755,00
4	BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/ 10ML	AMP		100	1,34	134,00
5	EFALOTINA SODICA 1 G INJ. S/ DIL.	AMP		2.500	7,21	18.025,00
6	CEFTRIAXONA SÓDICA, DOSAGEM 1 G, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS ENDOVENOSO	AMP		2.400	7,05	16.920,00



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

7	CIPROFLOXACINO 200MG BOLSA 100 ML	FR		1.000	14,08	14.080,00
8	CLORAFENICOL 1 G. INJ.	AMP		1.000	6,87	6.870,00
9	PROMETAZINA CLORIDRATO, DOSAGEM 25 MG C 2 ML	AMP		1.500	5,38	8.070,00
10	DEXAMETASONA, COMPOSIÇÃO SAL ACETATO + DEXAMETASONA FOSFATO, CONCENTRAÇÃO 8 MG+ 2 MG/ML, FORMA FARMACEUTICA SUSPENSÃO INJETÁVEL	AMP		3.000	2,11	6.330,00
11	DEXAMETASONA 4 MG. 2,5 ML.	AMP		3.000	1,79	5.370,00
12	DICLOFENACO SODIO 25 MG 3 ML	AMP		3.000	1,39	4.170,00
13	DIPIRONA 2 ML. INJ.	AMP		5.000	1,14	5.700,00
14	ERGOMETRINA MALEATO, DOSAGEM 0,2 MG	AMP		2.000	2,76	5.520,00
15	FENOTEROL GOTAS 0,5% 20ML	FR		300	3,60	1.080,00
16	FUROSEMIDA 10MG. INJ.	AMP		2.000	1,36	2.720,00
17	GENTAMICINA, DOSAGEM 40 MG/2ML, APLICAÇÃO SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMP		500	2,12	1.060,00
18	GENTAMICINA 80MG. INJ.2 ML	AMP		500	2,03	1.015,00
19	GLUCONATO DE CÁLCIO 10%	AMP		250	3,35	837,50
20	GLICOSE A 50% 10ML.	AMP		6.000	1,02	6.120,00
21	HEPARINA 5.000 UI/5 ML SUBCUTÂNEA	AMP		500	13,44	6.720,00
22	HIDRALAZINA 20 MG/1 ML	AMP		500	10,22	5.110,00
23	HIDROCLORTIZONA 100MG. INJ.	AMP		2.400	4,88	11.712,00
24	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO	VD/100ML		3.000	4,00	12.000,00
25	HIDROCORTIZONA 500MG. INJ.	AMP		2.400	7,19	17.256,00
26	IBUPROFENO 20MG/100ML	VD		3.000	3,60	10.800,00
27	LIDOCAÍNA 2% 20ML. S/V	VD		2.000	7,39	14.780,00
28	METOCLOPRAMIDA 5MG. 2 ML.	AMP		2.000	1,21	2.420,00



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

29	METRONIDAZOL, DOSAGEM 5MG/ML, APRESENTAÇÃO SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMP		1.600	9,18	14.688,00
30	OXACILINA 500MG INJ	AMP		500	7,05	3.525,00
31	BENZILPENICILINA, POTÁSSICA, ASSOCIADA À PENICILINA PROCAINADA, 100.000UI + 300.000UI, INJETÁVE	AMP		500	7,68	3.840,00
32	PROMETAZINA CLORIDRATO, 25 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMP		3.000	6,12	18.360,00
33	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML.	F/A		18.000	6,23	112.140,00
34	SORO GLICO-FISIOLÓGICO 1000ML	F/A		7.000	8,72	61.040,00
35	SORO GLICOSADO 5% 500 ML.	F/A		8.400	8,95	75.180,00
36	SORO RINGER C/LACTATO 500 ML.	F/A		9.600	10,54	101.184,00
37	SULFATO DE MAGNÉSIO 50% C/10ML	AMP		100	9,44	944,00
38	TENOXICAN 20MG, PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL + AMPOLA COM 2ML DE DILUENTE	AMP		600	11,71	7.026,00
39	ÁCIDO TRANEXÂMICO, 250 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMP		2.000	15,69	31.380,00
40	ÁCIDO ASCÓRBICO, 100 MG/5ML, INJETÁVEL. (VITAMINA C)	AMP		6.000	1,47	8.820,00
41	BUTILBROMETO DE ESCOPOLOMINA + DIPIRONA SOLUÇÃO INJETÁVEL 4MG/500 MG 5ML	AMP		5.000	2,48	12.400,00
42	CLORETO DE SÓDIO 20% SOLUÇÃO INJ. 10ML	AMP		1.000	0,83	830,00
43	CLINDAMICINA, 150 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL 10ML	AMP		1.000	5,13	5.130,00
44	CLORETO DE SÓDIO 0,9 250ML	AMP		1.000	5,60	5.600,00

MEDICAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	MARCA	QUANT.	VALOR UNT.	VALOR TOTAL
------	---------------	-------	-------	--------	------------	-------------



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

1	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100 MG	CPR		200.000	R\$ 0,06	R\$ 12.000,00
2	ÁCIDO FÓLICO 5 MG	CPR		25.000	R\$ 0,07	R\$ 1.750,00
3	ALBENDAZOL 400 MG	FR		6.000	R\$ 0,81	R\$ 4.860,00
4	AMBROXOL ADULTO	VD		3.500	R\$ 5,86	R\$ 20.510,00
5	AMBROXOL PEDIÁTRICO	VD		3.750	R\$ 4,73	R\$ 17.737,50
6	AMOXICILINA 250MG. 60 ML SUSP.	VD		2.000	R\$ 5,81	R\$ 11.620,00
7	AMOXICILINA 500 MG	CPR		50.000	R\$ 0,37	R\$ 18.500,00
8	AMPICILINA 50MG. 60 ML. SUSP	VD		2.500	R\$ 11,74	R\$ 29.350,00
9	AMPICILINA 500MG	CPR		10.000	R\$ 0,90	R\$ 9.000,00
10	ANLODIPINO, BESILATO 10 MG	CPR		70.000	R\$ 0,09	R\$ 6.300,00
11	ANLODIPINO, BESILATO 5 MG	CPR		70.000	R\$ 0,05	R\$ 3.500,00
12	ATENOLOL 100 MG	CPR		70.000	R\$ 0,12	R\$ 8.400,00
13	ATENOLOL 50 MG	CPR		10.000	R\$ 0,08	R\$ 800,00
14	AZITROMICINA 40 MG/ML	VD		1.500	R\$ 11,11	R\$ 16.665,00
15	AZITROMICINA 500 MG	CPR		5.000	R\$ 1,19	R\$ 5.950,00
16	CARVEDILOL 3.125	CPR		10.000	R\$ 0,13	R\$ 1.300,00
17	CARVEDILOL 12,5	CPR		10.000	R\$ 0,27	R\$ 2.700,00
18	CARVEDILOL 25 MG	CPR		10.000	R\$ 0,20	R\$ 2.000,00
19	CAPTOPRIL 25 MG	CPR		120.000	R\$ 0,06	R\$ 7.200,00
20	CAPTOPRIL 50 MG	CPR		120.000	R\$ 0,10	R\$ 12.000,00
21	CEFALEXINA SÓDICA 50 MG/ML	VD/ 100ML		1.500	R\$ 13,26	R\$ 19.890,00
22	CEFALEXINA SÓDICA 500 MG	CPR		20.000	R\$ 1,37	R\$ 27.400,00
23	CIPROFLOXACINO, CLORIDRATO 500 MG	CPR		20.000	R\$ 0,37	R\$ 7.400,00
24	CLORAFENICOL hemi-succinato, po para solução injetável 1 g + diluente	VD		750	R\$ 7,71	R\$ 5.782,50
25	BROMOPIDA 25 MG. INJETAVEL.	AMP		5.000	R\$ 2,65	R\$ 13.250,00
26	COMPLEXO "B" DRG.	CPR		20.000	R\$	R\$



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

					0,05	1.000,00
27	VITAMINAS DO COMPLEXO B - VITAMINAS DO COMPLEXO B, COMPOSIÇÃO BÁSICA VITAMINAS: B1,B2,B6,B12 E PP, USO SOLUÇÃO ORAL	VD		2.500	R\$ 7,29	R\$ 18.225,00
28	DEXAMETASONA CREME 10 G.	BN		7.000	R\$ 4,29	R\$ 30.030,00
29	DEXAMETASONA LÍQUIDO	VD/C120ML		5.000	R\$ 4,30	R\$ 21.500,00
30	DEXCLORFENIRAMINA 2MG	CPR		2.500	R\$ 0,09	R\$ 225,00
31	DEXCLORFENIRAMINA MALEATO XAROPE 0,4 MG/ML	VD		5.000	R\$ 2,94	R\$ 14.700,00
32	DIGOXINA 0,25 MG	CPR		5.000	R\$ 0,23	R\$ 1.150,00
33	DIMETICONA	CPR		10.000	R\$ 0,12	R\$ 1.200,00
34	DIPIRONA 500 MG. CPR.	CPR		40.000	R\$ 0,21	R\$ 8.400,00
35	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 10 ML	FR		2.000	R\$ 2,00	R\$ 4.000,00
36	ENALAPRIL, MALEATO 10 MG	CPR		70.000	R\$ 0,07	R\$ 4.900,00
37	ENALAPRIL, MALEATO 20 MG	CPR		75.000	R\$ 0,15	R\$ 11.250,00
38	ENALAPRIL, MALEATO 5 MG	CPR		70.000	R\$ 0,09	R\$ 6.300,00
39	ESPIROLACTONA 50 MG	CPR		2.000	R\$ 0,74	R\$ 1.480,00
40	FLUCONAZOL 150 MG	CPR		7.500	R\$ 0,79	R\$ 5.925,00
41	FUROSEMIDA 40 MG	CPR		50.000	R\$ 0,09	R\$ 4.500,00
42	GLIBENCLAMIDA 5 MG	CPR		200.000	R\$ 0,05	R\$ 10.000,00
43	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG	CPR		300.000	R\$ 0,05	R\$ 15.000,00
44	HIDROCLOROTIAZIDA 50MG	CPR		5.000	R\$ 0,11	R\$ 550,00
45	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO	VD		3.000	R\$ 4,12	R\$ 12.360,00
46	IVERMECTINA 6 MG	CPR		2.000	R\$ 0,83	R\$ 1.660,00
47	IBUPROFENO 20MG/ML	VD		5.000	R\$ 3,66	R\$ 18.300,00
48	IBUPROFENO 600 MG	CPR		10.000	R\$ 0,30	R\$ 3.000,00
49	IBUPROFENO 300 MG	CPR		10.000	R\$ 0,22	R\$ 2.200,00
50	LORATADINA 10 MG	CPR		30.000	R\$ 0,12	R\$ 3.600,00



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

51	LORATADINA XAROPE 1 MG/ML	VD		6.000	R\$ 5,09	R\$ 30.540,00
52	LOSARTANA POTÁSSICA 50 MG	CPR		150.000	R\$ 0,08	R\$ 12.000,00
53	MEBENDAZOL 100 MG	CPR		10.000	R\$ 0,34	R\$ 3.400,00
54	MEBENDAZOL 20 MG/ML	VD		5.000	R\$ 2,27	R\$ 11.350,00
55	METFORMINA, CLORIDRATO 850 MG	CPR		60.000	R\$ 0,25	R\$ 15.000,00
56	METILDOPA 250 MG	CPR		60.000	R\$ 0,73	R\$ 43.800,00
57	METILDOPA 500MG	CPR		40.000	R\$ 1,45	R\$ 58.000,00
58	METOCLOPRAMIDA 10 MG	CPR		30.000	R\$ 0,15	R\$ 4.500,00
59	METOCLOPRAMIDA GOTAS 1 MG 10 ML	VD		12.000	R\$ 2,51	R\$ 30.120,00
60	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 4 MG/ML	VD		6.000	R\$ 2,15	R\$ 12.900,00
61	METRONIDAZOL 250 MG	CPR		25.000	R\$ 0,32	R\$ 8.000,00
62	METRONIDAZOL 50G (GELÉIA GINECOLÓGICA)	TB		500	R\$ 10,45	R\$ 5.225,00
63	METRONIDAZOL CREME VAGINAL 5%	BN		1.500	R\$ 19,21	R\$ 28.815,00
64	METRONIDAZOL, DOSAGEM 40 MG/80ML, APRESENTAÇÃO SUSPENSÃO ORAL	VD		800	R\$ 11,90	R\$ 9.520,00
65	MICONAZOL CREME VAGINAL 2%	TB		2.000	R\$ 13,91	R\$ 27.820,00
66	NEOMICINA+BACITRACINA	BN		1.250	R\$ 3,73	R\$ 4.662,50
67	NISTATINA CREME VAGINAL	BN		2.000	R\$ 10,44	R\$ 20.880,00
68	NISTATINA SUSPENSÃO ORAL 100.000 UI/ML	VD		2.000	R\$ 8,12	R\$ 16.240,00
69	ÓLEO MINERAL 100% FR. 100 ML	UND		2.000	R\$ 4,99	R\$ 9.980,00
70	OMEPRAZOL 20 MG	CPR		10.000	R\$ 0,09	R\$ 900,00
71	PARACETAMOL 200 MG/15ML	FR		5.000	R\$ 1,85	R\$ 9.250,00
72	PARACETAMOL 750 MG	CPR		30.000	R\$ 0,18	R\$ 5.400,00
73	PARACETAMOL 500 MG	CPR		25.000	R\$ 0,13	R\$ 3.250,00
74	PERMANGANATO DE POTÁSSIO 100MG	CPR		500	R\$ 0,97	R\$ 485,00



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

75	PREDNISOLONA FOSFATO SÓDICO, DOSAGEM 3 MG/ML, APRESENTAÇÃO SOLUÇÃO ORAL	VD		100	R\$ 8,07	R\$ 807,00
76	PREDNISONA 20 MG	CPR		30.000	R\$ 0,26	R\$ 7.800,00
77	PREDNISONA 5 MG	CPR		20.000	R\$ 0,11	R\$ 2.200,00
78	PROPRANOLOL, CLORIDRATO 40 MG	CPR		60.000	R\$ 0,05	R\$ 3.000,00
79	RANITIDINA, CLORIDRATO 150 MG	CPR		30.000	R\$ 0,48	R\$ 14.400,00
80	SALBUTAMOL XAROPE 100 ML	FR		3.000	R\$ 2,32	R\$ 6.960,00
81	SINVASTATINA 10 MG	CPR		30.000	R\$ 0,23	R\$ 6.900,00
82	SINVASTATINA 20 MG	CPR		70.000	R\$ 0,17	R\$ 11.900,00
83	SULFA+TRIMETOPRINA 400+80MG.	CPR		5.000	R\$ 0,36	R\$ 1.800,00
84	SULFA+TRIMETOPRINA SUSP.	VD		3.000	R\$ 6,04	R\$ 18.120,00
85	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 80 MG + 16 MG/ML	AMP		1.000	R\$ 3,96	R\$ 3.960,00
86	SULFATO FERROSO 25 MG/ML	FR		6.000	R\$ 2,23	R\$ 13.380,00
87	SULFATO FERROSO 40 MG	CPR		25.000	R\$ 0,07	R\$ 1.750,00
88	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL	PCT		25.000	R\$ 1,94	R\$ 48.500,00
89	VITAMINA C 500 MG	CPR		36.000	R\$ 0,22	R\$ 7.920,00
90	VITAMINA C GTS ACIDO ASCORBICO	FRS		2.500	R\$ 1,77	R\$ 4.425,00
91	BROMOPRIDA GOTAS	FRS		100	R\$ 3,54	R\$ 354,00
92	ACIDO ASCORBICO 1 G	COMP		3.000	R\$ 1,17	R\$ 3.510,00
93	LOSARTANA 100 MG	COMP		1.000	R\$ 0,35	R\$ 350,00
94	Cloridrato de Metformina 500 mg	COMP		50.000	R\$ 0,23	R\$ 11.500,00
95	Sulfadiazina de prata	BISNAGA		120	R\$ 8,08	R\$ 969,60
96	ALBENDAZOL LIQ 40MG/ML	FRASCO		300	R\$ 2,19	R\$ 657,00

MEDICAMENTOS CONTROLE ESPECIAL



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro – CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	MARCA	QUANT.	VALOR UNIT. R\$	VALOR TOTAL R\$
1	Cloridrato de amitriptilina 25 mg.	Comprimidos		70.000	0,07	4.900,00
2	BIPERIDENO 5MG/ML	Ampolas		1.000	6,06	6.060,00
3	BIPERIDENO, CLORIDRATO 2 MG	Comprimidos		60.000	0,24	14.400,00
4	BROMAZEPAN 6 MG	Ampolas		200	3,00	600,00
5	CARBAMAZEPINA 200 MG	Comprimidos		20.000	0,53	10.600,00
6	CARBAMAZEPINA 400MG	Frascos		200	15,18	3.036,00
7	CARBONATO DE LÍTIO 300 MG	Comprimidos		30.000	0,08	2.400,00
8	CLONAZEPAM 0,5 MG	Comprimidos		50.000	0,08	4.000,00
9	CLONAZEPAM 2 MG	Ampolas		300	9,94	2.982,00
10	CLORIDRATO DE PETIDINA DOLOSAL 50 MG COM 2 ML (DOLANTINA OU SIMILAR) AMP	Ampolas		300	4,86	1.458,00
11	CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25 MG	Comprimidos		20.000	0,45	9.000,00
12	CLORPROMAZINA 25 MG/5ML	Ampolas		500	4,92	2.460,00
13	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 100 MG	Frascos		80	6,19	495,20
14	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 40 MG/ML	Comprimidos		60.000	0,22	13.200,00
15	DIAZEPAM 5 MG	Frascos		500	7,49	3.745,00
16	DIAZEPAN 10 MG. comp.	Ampolas		500	5,84	2.920,00
17	DOPAMINA 5MG/ML. AMP. 10ML. - DOPAMINA, CLORIDRATO DE 5MG/ML	Comprimidos		60.000	0,16	9.600,00
18	FENITOINA 50MG/ML IM/IV SOL. INJ. 5MLAMPOLA COM 5 ML DE FENITOÍNA 50 MG/ML, EM SOLUÇÃOINJETÁVEL	Ampolas		300	3,53	1.059,00



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

19	FENITOÍNA SÓDICA 100 MG	Frascos		500	7,16	3.580,00
20	FENITOÍNA SÓDICA, DOSAGEM:20 MG/ML, APRESENTAÇÃO:SUSPENSÃO ORAL	Comprimidos		50.000	0,19	9.500,00
21	FENOBARBITAL 100 MG	Comprimidos		300	14,30	4.290,00
22	FENOBARBITAL 40 MG/ ML SOLUÇÃO ORAL - 20 ML	Ampolas		500	2,47	1.235,00
23	FENOBARBITAL SÓDICO, DOSAGEM 100 MG/ML, FORMA FARMACÊUTICA SOLUÇÃO INJETÁVEL	Comprimidos		50.000	0,60	30.000,00
24	FLUOXETINA 20 MG	Frascos		1.000	1,21	1.210,00
25	GLUCONATO DE CÁLCIO 10% C/ 10ML	Comprimidos		30.000	1,09	32.700,00
26	HALOPERIDOL 2 MG/ML	Frascos		200	23,71	4.742,00
27	HALOPERIDOL 5 MG	Ampolas		700	10,01	7.007,00
28	HALOPERIDOL DECANOATO 70,2ML/ML	Comprimidos		5.000	1,39	6.950,00
29	HALOPERIDOL, solucao injetavel 5mg/mL, ampola 1m	Comprimidos		2.000	2,19	4.380,00
30	LEVOMEPROMAZINA 100 MG	Comprimidos		15.000	0,26	3.900,00
31	LEVOMEPROMAZINA 25 MG	Comprimidos		20.000	0,30	6.000,00
32	LEVOMEPROMAZINA 4% C/ 20 ML	Comprimidos		8.000	0,35	2.800,00
33	MORFINA, APRESENTAÇÃO SULFATO, CONCENTRAÇÃO 0,2MG/ML, FORMA FARMACÊUTICA SOLUÇÃO INJETÁVEL	Comprimidos		20.000	0,23	4.600,00
34	OXCARBAMAZEPINA 300MG	Comprimidos		10.000	0,27	2.700,00
35	OXCARBAZEPINA 600 MG	Ampolas		3.000	2,34	7.020,00
36	RIPERIDONA 1 GM	Comprimidos		16.000	0,75	12.000,00
37	RISPERIDONA 2 MG	Comprimidos		16.000	1,57	25.120,00



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

38	RISPERIDONA 3 MG	Comprimidos		5.000	0,10	500,00
39	SERTRALINA 50 MG	Comprimidos		10.000	0,19	1.900,00
40	TRAMADOL 50 MG/ML 1 ML	Vidros		600	16,09	9.654,00
41	VALPROATO DE SÓDIO 250 MG	Comprimidos		5.000	0,18	900,00
42	VALPROATO DE SÓDIO 500 MG	Comprimidos		10.000	1,64	16.400,00
43	ALPRAZOLAN 1 MG	Ampolas		1.000	1,64	1.640,00
44	ALPRAZOLAN 2MG	Ampolas		30	24,04	721,20
45	CARBAMAZEPINA 20 MG/ML SUSPENSÃO ORAL - 100 ML	Comprimidos		50.000	0,31	15.500,00
46	CITALOPRAM 20 MG	Ampolas		30	7,75	232,50
47	DIAZEPAN 10 MG. injetável 2 ml	Comprimidos		8.000	0,31	2.480,00
48	DIAZEPAN 5 MG INJ	Comprimidos		6.000	0,18	1.080,00
49	Etomidato (Injetável 2 mg/mL)	Ampolas		40	4,08	163,20
50	FENTONIL Solução injetável de 78,5 mcg/mL de citrato de fentanila	Frascos		300	35,65	10.695,00
51	LAMOTRIGINA 25 MG	Comprimidos		600	13,17	7.902,00
52	LORAZEPAN 2 MG	Ampolas		30	33,82	1.014,60
53	Midazolam Hipolabor 5mg/mL	Comprimidos		6.000	0,61	3.660,00
54	PERICIAZINA 4% C/ 20 ML	Comprimidos		6.000	0,28	1.680,00
55	RISPERIDONA LIQUIDO 1MG/ML	Comprimidos		6.000	0,30	1.800,00
56	Succinilcolina 100 MG/ML	Comprimidos		40.000	1,13	45.200,00
57	TOPIRAMATO 100 MG	Comprimidos		2.000	13,09	26.180,00
58	TOPIRAMATO 25 MG	Comprimidos		60.000	0,08	4.800,00
59	TOPIRAMATO 50 MG	Comprimidos		8.000	0,30	2.400,00



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

60	VALPROATO DE SÓDIO 250 MG/5ML - 100 ML- XAROPE	Comprimidos		8.000	0,52	4.160,00
61	CLONAZEPAM, DOSAGEM:2 MG	Comprimidos		10.000	1,59	15.900,00
62	LAMOTRIGINA, DOSAGEM:50 MG	Comprimidos		10.000	2,62	26.200,00
63	LAMOTRIGINA, DOSAGEM:100 MG	Comprimidos		6.000	6,33	37.980,00
64	LEVETIRACETAM, CONCENTRAÇÃO:250 MG	Comprimidos		3.000	1,11	3.330,00
65	LEVETIRACETAM, CONCENTRAÇÃO:500 MG	Comprimidos		1.000	0,30	300,00
66	LEVETIRACETAM, CONCENTRAÇÃO:1 G	Comprimidos		800	0,99	792,00
67	PARACETAMOL, APRESENTAÇÃO:ASSOCIAD O COM CODEÍNA, DOSAGEM:30MG + 500MG	Comprimidos		36.000	0,39	14.040,00
68	TRAMADOL CLORIDRATO, DOSAGEM:50 MG, FORMA FARMACÊUTICA:LIBERAÇÃO LENTA	Comprimidos		8.000	0,25	2.000,00
69	MORFINA, APRESENTAÇÃO:SULFATO, CONCENTRAÇÃO:10MG	Comprimidos		8.000	0,70	5.600,00
70	QUETIAPINA, CONCENTRAÇÃO:25 MG	Comprimidos		8.000	0,91	7.280,00
71	QUETIAPINA, DOSAGEM:50 MG	Comprimidos		8.000	0,56	4.480,00
72	QUETIAPINA, DOSAGEM:100 MG	Comprimidos		8.000	0,55	4.400,00
73	OLANZAPINA, DOSAGEM:2,5 MG	Comprimidos		8.000	0,76	6.080,00
74	OLANZAPINA, DOSAGEM:5 MG	Frascos		300	13,44	4.032,00
75	OLANZAPINA, DOSAGEM:10 MG	Frascos		300	32,43	9.729,00
76	PERICIAZINA, DOSAGEM:10 MG/ML, FORMA FARMACÊUTICA:SOLUÇÃO ORAL - GOTAS	Comprimidos		30.000	0,20	6.000,00



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

77	PERICIAZINA, DOSAGEM:40 MG/ML, FORMA FARMACÊUTICA:SOLUÇÃO ORAL - GOTAS	Comprimidos		6.000	1,77	10.620,00
78	ESCITALOPRAM OXALATO, DOSAGEM:10 MG	Comprimidos		60.000	0,10	6.000,00
79	CLOZAPINA, DOSAGEM:25 MG	Comprimidos		6.000	6,10	36.600,00
80	CLOZAPINA, DOSAGEM:50 MG	Comprimidos		3.000	1,42	4.260,00
81	OXCARBAZEPINA, DOSAGEM:300 MG	Comprimidos		3.000	2,00	6.000,00
82	OXCARBAZEPINA, DOSAGEM:600 MG	Comprimidos		2.000	0,65	1.300,00
83	GABAPENTINA 300MG	Ampolas		50	34,68	1.734,00
84	CETAMINA CLORIDRATO, DOSAGEM: 50 MG/ML, APLICAÇÃO: SOLUÇÃO INJETÁVEL	Frascos		2.000	4,31	8.620,00
85	CLONAZEPAM, DOSAGEM 2,5 MG/ML	Comprimidos		5.000	1,13	5.650,00
86	LEVOMEPROMAZINA 100 MG	Comprimidos		60.000	0,32	19.200,00

	CONTROLE ESPECIAL					671.438,70
	ATENÇÃO BASICA					1.010.520,10
	MEDICO HOSPITALAR					655.422,50
						2.337.381,30

Valor estimado da futura contratação: R\$ 2.337.381,30 (dois milhões trezentos e trinta e sete mil, trezentos e oitenta e um real e trinta centavos).

8. DA GESTÃO DO CONTRATO

8.1. O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133, de 2021 e do Decreto Municipal pertinente, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

8.2. Em caso de impedimento, ordem de paralisação ou suspensão do contrato, o cronograma de execução será prorrogado automaticamente pelo tempo correspondente, anotadas tais circunstâncias mediante simples apostila.



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

8.3. As comunicações entre o Contratante e o Contratado devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim.

8.4. O Contratante poderá convocar representante da empresa para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

8.5. Após a assinatura do contrato, o contratante poderá convocar o representante da empresa contratada para reunião inicial para apresentação do plano de fiscalização, que conterá informações acerca das obrigações contratuais, dos mecanismos de fiscalização, das estratégias para execução do objeto, do plano complementar de execução da contratada, quando houver, do método de aferição dos resultados e das sanções aplicáveis, dentre outros.

8.6. A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo(s) fiscal(is) do contrato, ou pelos respectivos substitutos, na forma do Decreto Municipal pertinente e do artigo 117 da Lei nº 14.133, de 2021.

9. CRITÉRIOS DE RECEBIMENTO/MEDIÇÃO E DE PAGAMENTO

9.1. DO RECEBIMENTO DO OBJETO

9.1.1. O serviço será recebido definitivamente, pelo(a) responsável pelo acompanhamento e fiscalização do contrato, ao término do fornecimento programada para o horário e data previamente determinados.

9.2. DO PRAZO DE FATURAMENTO/PAGAMENTO

9.2.1. O faturamento será imediato na data do fornecimento e deverá ser entregue para atestamento, imediatamente após a execução do objeto.

9.2.2. O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias contados do adimplemento, pelo responsável da Secretaria de Municipal de Saúde de Santa Cruz da Baixa Verde/PE.

9.2.3. Os documentos fiscais deverão, obrigatoriamente, discriminar a prestação do serviço realizada e o período da execução.

9.2.4. O Contratado deverá emitir a Nota Fiscal/Fatura conforme legislação vigente.

9.2.5. Havendo irregularidades na emissão da nota fiscal/fatura, o prazo para pagamento será contado a partir de sua representação devidamente regularizada.

9.3. DA FORMA DE PAGAMENTO

9.3.1. O pagamento será processado com a emissão de ordem de pagamento física ou eletrônica, ou ainda por transferência eletrônica via sistema de internet banking, com assinaturas legais físicas ou eletrônicas dos titulares das contas bancárias.

9.3.2. A retenção do imposto de renda deverá ser destacada no corpo do documento fiscal ou equivalente observando os percentuais estabelecidos no ANEXO I da IN RFB Nº 1234 de 2012 de acordo com o artigo 1º, §1º do Decreto Municipal pertinente e Portaria SMFA nº 11/2023 c/c §5º, artigo 2º da IN RFB Nº 1234.

9.3.3. As empresas optantes pelo Simples Nacional ou que se enquadrem em alguma hipótese de isenção ou não incidência DEVERÃO informar essa condição expressamente



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

nos documentos fiscais, de acordo com o artigo 1º, §3º do Decreto Municipal 18.272/23 c/c artigo 4º da IN RFB N° 1234.

10. DA FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

10.1. FORMA DE SELEÇÃO E CRITÉRIO DE JULGAMENTO DA PROPOSTA

10.1.1. O fornecedor será selecionado por meio da realização de processo de licitação, por Pregão Eletrônico, consoante disposto e definido pela *Lei nº 14.133/2021*, no seu inciso XLI do artigo 6º.

10.2. EXIGÊNCIAS DE HABILITAÇÃO

Para fins de habilitação, deverá o licitante comprovar os seguintes requisitos:

10.2.1. Habilitação jurídica

10.2.1.1. Pessoa física: cédula de identidade (RG) ou documento equivalente que, por força de lei, tenha validade para fins de identificação em todo o território nacional;

10.2.1.2. Empresário individual: inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede;

10.2.1.3. Microempreendedor Individual – MEI: Certificado da Condição de Microempreendedor Individual – CCMEI, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio <https://www.gov.br/empresas-e-negocios/pt-br/empreendedor>;

10.2.1.4. Sociedade empresária, sociedade limitada unipessoal – SLU ou sociedade identificada como empresa individual de responsabilidade limitada – EIRELI: inscrição do ato constitutivo, estatuto ou contrato social no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;

10.2.1.5. Sociedade empresária estrangeira: portaria de autorização de funcionamento no Brasil, publicada no Diário Oficial da União e arquivada na Junta Comercial da unidade federativa onde se localizar a filial, agência, sucursal ou estabelecimento, a qual será considerada como sua sede, conforme Instrução Normativa DREI/ME n.º 77, de 18 de março de 2020.

10.2.1.6. Sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil de Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;

10.2.1.7. Filial, sucursal ou agência de sociedade simples ou empresária: inscrição do ato constitutivo da filial, sucursal ou agência da sociedade simples ou empresária, respectivamente, no Registro Civil das Pessoas Jurídicas ou no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz

10.2.1.8. Sociedade cooperativa: ata de fundação e estatuto social, com a ata da assembleia que o aprovou, devidamente arquivado na Junta Comercial ou inscrito no Registro Civil das Pessoas Jurídicas da respectiva sede, além do registro de que trata o art. 107 da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro 1971.



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

10.2.1.9. Agricultor familiar: Declaração de Aptidão ao Pronaf – DAP ou DAP-P válida, ou, ainda, outros documentos definidos pela Secretaria Especial de Agricultura Familiar e do Desenvolvimento Agrário, nos termos do art. 4º, §2º do Decreto nº 10.880, de 2 de dezembro de 2021.

10.2.1.10. Produtor Rural: matrícula no Cadastro Específico do INSS – CEI, que comprove a qualificação como produtor rural pessoa física, nos termos da Instrução Normativa RFB n. 971, de 13 de novembro de 2009 (arts. 17 a 19 e 165).

10.2.1.12. Os documentos apresentados deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva.

10.3. HABILITAÇÃO FISCAL, SOCIAL E TRABALHISTA

10.3.1 Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Pessoas Físicas, conforme o caso;

10.3.2. Prova de regularidade para com as Fazendas federal, estadual/distrital e Municipal do domicílio ou sede do licitante, ou outra equivalente, na forma da lei;

10.3.3. Prova de regularidade relativa à Seguridade Social e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei.

10.3.4. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.

10.3.5. Declaração expressa de que o licitante não emprega trabalhador menor nas situações previstas no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição da República.

10.3.6. Os documentos referidos acima poderão ser substituídos ou supridos, no todo ou em parte, por outros meios hábeis a comprovar a regularidade do licitante, inclusive por meio eletrônico.

10.4. QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

10.4.1. Para comprovar sua aptidão econômica para cumprir as obrigações decorrentes do futuro contrato, o licitante deverá comprovar de forma objetiva, por coeficientes e índices econômicos previstos a seguir, devidamente justificados no presente processo licitatório, restringindo à apresentação da seguinte documentação:

a) Certidão Negativa de Falência ou Concordata, expedida pelos Cartórios Distribuidores competentes, da sede da pessoa jurídica, datada de, no máximo, 30 (trinta) dias anteriores à data de abertura da licitação;

a.1) Para as empresas sediadas no Estado de Pernambuco deverá ser apresentada a Certidão Licitação 1º e 2º Graus emitidas na forma da Instrução Normativa do TJPE nº 07 de 02/06/2014, na Resolução do CNJ nº 185 e na Lei 11.419/2006, obtidas no portal do tjpe.

b) Balanço patrimonial, demonstração de resultado de exercício e demais demonstrações contábeis dos 2 (dois) últimos exercícios sociais;



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

b.1) caso de a pessoa jurídica tenha sido constituída há menos de 2 (dois) anos, os documentos referidos no subtópico “b”, limitar-se-ão ao último exercício social;

b.2) apresentar os seguintes índices contábeis, extraídos do último Balanço Patrimonial, devidamente assinado por profissional contábil, atestando a boa situação financeira da empresa:

PG = Liquidez Geral – igual ou superior a 1

SG = Solvência Geral – igual ou superior a 1

LC = Liquidez Corrente – igual ou superior 1

Sendo:

$LG = (AC + RLP) / (PC + ELP)$

$SG = AT / (PC + ELP)$

$LC = AC / PC$

Onde:

AC = Ativo Circulante

RLP = Realizável a Longo Prazo

PC = Passivo Circulante

ELP = Exigível a Longo Prazo

AT = Ativo Total

b.3) Os índices acima descritos poderão ser demonstrados, em folha própria, fazendo-se constar os dados do balanço que lhes deram origem; e

JUSTIFICATIVA DE EXIGÊNCIA DE ÍNDICES DE LIQUIDEZ NO EDITAL

- I. Serão exigidos índices de liquidez corrente e geral, não inferiores a 1, (um), ou seja, para cada um real de dívida de curto e de longo prazo, a empresa deverá possuir, no mínimo, um real de recursos disponíveis na somatória da mesma fração de tempo, ou seja, no curto prazo e também no longo prazo.
- II. Será exigido ainda, o índice de Solvência Geral, que expressa o grau de garantia que a empresa dispõe em Ativos (totais), para pagamento do total de suas dívidas. Exige-se, de igual modo, que para cada 1 (um) real de dívida a empresa disponha de, no mínimo, 1 (um) real correspondente no ativo total, ou seja, a empresa demonstrará pela capacidade de liquidação de suas obrigações, levando-se em conta todo o seu patrimônio (disponibilidades de curto e de longo prazo e patrimônio permanente), o que vale dizer, em caso de encerramento de suas atividades, no momento em que venha a ocorrer, a empresa evidenciará total solvência.
- III. Justificam-se as exigências acima mencionadas, inicialmente, de modo a se avaliar a real situação financeira das empresas licitantes, com o objetivo de verificar a capacidade de satisfação das obrigações assumidas, além da capacidade de cumprimento dos encargos econômicos decorrentes da contratação, considerado o prazo de duração da mesma.
- IV. Com relação aos índices exigidos e respectivos valores, cabe ressaltar tratar-se do mínimo usualmente estabelecido, fixados em patamares que demonstram tanto a liquidez corrente quanto a geral da empresa, além de sua capacidade de solvência, condições essas que asseguram à Administração Municipal a plena execução do objeto contratado.
- V. Nesse sentido, faz-se necessária remissão a jurisprudência do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo em especial os TCs 011286/026/08 e 023220/026/06; bem como Acórdãos do Tribunal de Contas da União nº 779/2005 – Plenário e nº 354/2016 –

ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

TCU – Plenário. Verifica-se, portanto, que a previsão aqui inserida, coaduna-se com o previsto na Lei, com as práticas usuais e com a Jurisprudência emanada dos Tribunais de Contas do Estado e União.

10.5 QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

10.5.1. Comprovação de aptidão para prestação de serviços, por meio da apresentação de certidões ou atestados emitidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado.

10.5.2. Autorização de Funcionamento Especial – AFE, de acordo com a Portaria nº 344/1998, quando for o caso;

10.5.3. Licença Sanitária Estadual ou Municipal da empresa licitante, conforme o caso, autorizando exercer atividades de comercialização e venda dos produtos objeto desta licitação;

10.5.4. Autorização da ANVISA para armazenamento e distribuição de medicamento, com a respectiva publicação no Diário Oficial da União, comprovando estar dentro do prazo de validade;

10.5.5. Certificado de boas práticas de Fabricação e Controle por linha de produção/produtos, emitido pela Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde; deverá vir em ordem numérica de acordo com os itens da proposta, devidamente expresso;

10.5.6. Os medicamentos isentos do referido Registro devem apresentar documentos que comprovem sua isenção junto ao Ministério da Saúde; deverá vir em ordem numérica de acordo com os itens da proposta, devidamente expresso.

10.5.7. Declaração do Detentor de Registro (DDR), quando couber;

10.5.8. Quando o produto for detentor do benefício de dedução do ICMS é necessário constar na sua Proposta de Preços a alíquota incidente e, em seguida deduzir caso haja o benefício:

10.5.9. Deverá acompanhar o Laudo Analítico- laboratorial expedido pela empresa produto/titular do Registro na Anvisa e/ou Laboratório integrante da Rede Brasileira de Laboratórios Analíticos em Saúde (Reblas);

10.5.10. As notas fiscais de todos os medicamentos contenham o número dos lotes dos produtos nas constantes;

10.5.11. Previsão que dedução do ICMS, quando aplicável, deve ficar explícita na Nota Fiscal, que deve conter a alíquota incidente e, em seguida, deduzir o que seria devido caso não houvesse o benefício

10.5.12. A não observância das recomendações aqui descritas ensejará a desclassificação sumária da licitante.

10.6 DOS CRITÉRIOS DE ACEITABILIDADE DA PROPOSTA

10.6.1. A proposta de preços deverá conter:

10.6.1.1. Razão social, n.º do CNPJ, endereço, telefone e endereço eletrônico do licitante;



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

10.6.1.2. Modalidade pregão Eletrônica) e número do processo de licitação;

10.6.1.3. Especificação sucinta do objeto licitado;

10.6.1.4. Valor global do serviço.

10.6.1.5. Declaração de validade da proposta de 90 (noventa) dias, contados da assinatura.

10.6.1.6. prazos de validade dos medicamentos e produtos entregues sejam, no mínimo, de 12 (doze) meses a partir da data de entrega dos produtos, ou, na impossibilidade técnica, devido à natureza do produto, que os produtos sejam entregues com prazo equivalente a, no mínimo, 75% de sua validade, contados da data de fabricação;

10.6.1.7. prever prazo para a entrega dos produtos contratados, a partir da ordem de fornecimento, não inferior a 10 (dez) dias úteis;

11. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

11.1. O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas caracterizará a inadimplência do Contratado, sujeitando-o às penalidades previstas no Decreto Municipal nº 007, DE 02 DE JANEIRO DE 2024, sem prejuízo de eventual responsabilidade civil e criminal.

12. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

11.1. As despesas decorrentes do presente procedimento serão acobertadas pela (s) seguinte (s) dotação (ções) orçamentária(s):

3.1000.10001.301.10004-2.43-3.3.90.30;
3.1000.10001.303.10006-2.45-3.3.90.30

3.1000.10001.302.10005-2.44-3.3.90.30;

13. UNIDADE RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO/FISCALIZAÇÃO

13.1. Secretaria de Municipal de Saúde

13. 2. 13. INTEGRAM O PRESENTE TERMO O(S) SEGUINTE(S) ANEXO(S):

a) Anexo II: Formalização de Demanda;

b) Anexo III: Estudo Técnico Preliminar;

c) Anexo IV: Termo de Referência.

Santa Cruz da Baixa Verde (PE), 10 de Fevereiro de 2025.

Tarciana Alves Menezes

TARCIANA ALVES MENESES

Secretaria Municipal de Saúde

Portaria nº 10/2025

Tarciana Alves Menezes
Secretaria Municipal de Saúde
Portaria: 010/2025

Maria Luiza Diniz Magalhães

MARIA LUIZA DINIZ MAGALHÃES

Responsável pelo TR

Portaria nº 098/2025