



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

TERMO DE REFERÊNCIA Nº 523/2024

TERMO DE REFERÊNCIA PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS POR REGISTRO DE PREÇO

**PROJETO ELABORADO PELO SETOR DE GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (GAF) DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VILA VELHA**

Vila Velha – ES, 09 de julho de 2024

Rua Castelo Branco, 1803 – Centro – Vila Velha - ES
CEP: 29.100-041 – Telefone (27) 3388-4334



Autenticar documento em <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade>
com o identificador 31003600360032003900340031003A00540052004100, Documento assinado
digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

QUADRO RESUMO

Condições gerais da contratação	Aquisição de medicamentos a fim de promover a assistência adequada aos pacientes da Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha. Medicamentos: Ácido acetilsalicílico 100 mg cp; Albendazol 400 mg cp mastigável; Alendronato de sódio 70 mg cp; Beclometasona, dipropionato 200 mcg/dose aerossol frasco 200 doses USO ORAL; Beclometasona, dipropionato 50 mcg/dose aerossol frasco 200 doses USO NASAL; Captopril 25 mg cp; Carbonato de cálcio 1250mg (equivalente a 500 mg cálcio elementar) + colecalciferol (Vitamina D3) 400 UI cp; Carvedilol 3,125 mg cp; Carvedilol 12,5 mg cp; Cetoconazol 2% xampu frasco 100mL.
Modalidade de Licitação e Base Legal	Pregão Eletrônico por Sistema de Registro de Preço, de acordo com a Lei n.º 14.133.2021.
Estimativa de custos global (conforme estudo técnico preliminar)	O levantamento de mercado com orçamento final estimado será construído posteriormente pelo setor responsável, Cotação de Preços/SEMSA, e será anexado a este caderno processual assim que concluído.
Prazo estipulado de vigência contratual	12 (doze) meses a partir do primeiro dia útil após a publicação da ata de registro de preços no diário oficial, podendo ser prorrogado para igual período.
Informação orçamentária	Programa de trabalho: Informação posterior pelo FMS Natureza de despesa: Informação posterior pelo FMS Fonte: Informação posterior pelo FMS
Característica do item para definição da fonte de recurso	Medicamentos para a Atenção Básica e Especializada.
Unidade administrativa responsável pela execução do objeto e fiscalização	Gerência de Assistência Farmacêutica (GAF)
Equipe responsável pela elaboração do Termo de Referência	Aliny Dalmonich Fernandes Calhau – Farmacêutica, Matrícula 43877/1 PMVV/GAF Mat/Med E-mail: caf.saude@vilavelha.es.gov.br
Gestão	Farmacêutico Gestor lotado na Gerência de Assistência Farmacêutica: Lara Pinheiro Lima Mat.: 5145-4/1, CPF: 068.638.268-63; Gestor suplente: Manuela Martins Cruz Mat.: 4384-2/1. E-mail: caf.saude@vilavelha.es.gov.br
Fiscalização	Farmacêutico Fiscal Titular lotado no Almoxarifado da Saúde: Thaila Sarnaglia Vulpi Mat.: 4651-5 CPF: 110.299.667-02; Fiscal suplente: Gisele Carvalho Fraga Mat.: 80861 CPF: 053.826.527-24. Tel.: 99224-2269/E-mail: almoxarifado.saude@vilavelha.es.gov.br

Rua Castelo Branco, 1803 – Centro – Vila Velha - ES
CEP: 29.100-041 – Telefone (27) 3388-4334



Autenticar documento em <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade>
com o identificador 31003600360032003900340031003A00540052004100, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

TERMO DE REFERÊNCIA

1. CONDIÇÕES GERAIS DA CONTRATAÇÃO/AQUISIÇÃO

1.1 Aquisição de Medicamentos: Ácido acetilsalicílico 100 mg cp; Albendazol 400 mg cp mastigável; Alendronato de sódio 70 mg cp; Beclometasona, dipropionato 200 mcg/dose aerossol frasco 200 doses USO ORAL; Beclometasona, dipropionato 50 mcg/dose aerossol frasco 200 doses USO NASAL; Captopril 25 mg cp; Carbonato de cálcio 1250mg (equivalente a 500 mg cálcio elementar) + colecalciferol (Vitamina D3) 400 UI cp; Carvedilol 3,125 mg cp; Carvedilol 12,5 mg cp; Cetoconazol 2% xampu frasco 100mL, mediante Registro de Preços, para atendimento à Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha conforme especificações constantes neste Termo de Referência.

1.2 Os objetos desta contratação/ aquisição NÃO se enquadra como sendo de bem de luxo, conforme Decreto nº 10.818, de 27 de setembro de 2021.

1.3 Os bens objeto desta contratação/aquisição são caracterizados como comuns, conforme justificativa constante do Estudo Técnico Preliminar.

1.4 O prazo de vigência da contratação é de 12 (doze) meses contados a partir da publicação da Ata de Registro de Preços publicada no Diário Oficial podendo haver prorrogação para o mesmo período, conforme Art. 84 da lei nº 14.133/2021.

1.5 Justifica-se, a realização da presente licitação valendo-se do Sistema de Registro de Preços em virtude do exato enquadramento da necessidade da Secretaria Municipal nos requisitos fundamentais para utilização desse sistema, a saber: serviços de aquisição frequente, quantitativo que não se pode definir previamente com exatidão e necessidade de entregas parceladas.

2. DA DESCRIÇÃO DOS ITENS E QUANTITATIVOS

ITENS PARA ME E EPP

ITEM	PRODUTO	UNIDADE	CMM*	CONSUMO 12 MESES	MARGEM SEGURANÇA (30%)	QUANTIDADE SOLICITADA
1	Ácido acetilsalicílico 100 mg comprimido	Comprimido	180.000	2160000	2808000	8000
2	Albendazol 400 mg comprimido	Comprimido	3.500	42000	54600	4600

Rua Castelo Branco, 1803 – Centro – Vila Velha - ES
CEP: 29.100-041 – Telefone (27) 3388-4334



Autenticar documento em <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade>
com o identificador 31003600360032003900340031003A00540052004100, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

	mastigável					
3	Alendronato de sódio 70 mg comprimido	Comprimido	4.800	57600	74880	4880
4	Beclometasona, dipropionato 200 mcg/dose aerossol frasco 200 doses USO ORAL	Frasco	725	8700	11310	1310
5	Beclometasona, dipropionato 50 mcg/dose aerossol frasco 200 doses USO NASAL	Frasco	600	7200	9360	1360
6	Captopril 25 mg comprimido	Comprimido	1.050	12600	16380	380
7	Carbonato de cálcio 1250mg (equivalente a 500 mg cálcio elementar) + colecalfiferol (Vitamina D3) 400 UI comprimido (caixa ou frasco com quantidade múltipla de 30)	Comprimido	110.000	1320000	1716000	16000
8	Carvedilol 3,125 mg comprimido	Comprimido	60.000	720000	936000	36000
9	Carvedilol 12,5 mg comprimido	Comprimido	78.000	936000	1216800	16800
10	Cetoconazol 2% xampu frasco 100mL	Frasco	450	5400	7020	7020

*CMM – Consumo Médio Mensal conforme levantamentos feitos no sistema Hórus.

ITENS PARA AMPLA

ITEM	PRODUTO	UNIDADE	CMM*	CONSUMO 12 MESES	MARGEM SEGURANÇA (30%)	QUANTIDADE SOLICITADA
11	Ácido acetilsalicílico 100 mg comprimido	Comprimido	180.000	2160000	2808000	2.800.000
12	Albendazol 400 mg comprimido mastigável	Comprimido	3.500	42000	54600	50.000
13	Alendronato de sódio 70 mg comprimido	Comprimido	4.800	57600	74880	70.000
14	Beclometasona,	Frasco	725	8700	11310	10.000

Rua Castelo Branco, 1803 – Centro – Vila Velha - ES
CEP: 29.100-041 – Telefone (27) 3388-4334



Autenticar documento em <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade>
com o identificador 31003600360032003900340031003A00540052004100, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

	dipropionato 200 mcg/dose aerossol frasco 200 doses USO ORAL					
15	Beclometasona, dipropionato 50 mcg/dose aerossol frasco 200 doses USO NASAL	Frasco	600	7200	9360	8.000
16	Captopril 25 mg comprimido	Comprimido	1.050	12600	16380	16.000
17	Carbonato de cálcio 1250mg (equivalente a 500 mg cálcio elementar) + colecalciferol (Vitamina D3) 400 UI comprimido (caixa ou frasco com quantidade múltipla de 30)	Comprimido	110.000	1320000	1716000	1.700.000
18	Carvedilol 3,125 mg comprimido	Comprimido	60.000	720000	936000	900.000
19	Carvedilol 12,5 mg comprimido	Comprimido	78.000	936000	1216800	1.200.000

*CMM – Consumo Médio Mensal conforme levantamentos feitos no sistema Hórus.

No que se refere ao quantitativo solicitado, este foi estimado de acordo com registros existentes no município quanto aos medicamentos supracitados, na previsão de abertura de novos serviços de saúde, acrescida margem de segurança de 30%, prevendo oscilações de consumo dos medicamentos ao longo do ano.

3. FUNDAMENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO/AQUISIÇÃO

3.1. A Fundamentação da Contratação/Aquisição e de seus quantitativos encontra-se pormenorizada em Tópico específico do Estudo Técnico Preliminar.

3.2 As informações quanto ao ID PCA no PNCP, data de publicação no PNCP, Id do item no PCA, Classe/Grupo e o identificador da Futura Contratação/Aquisição serão anexadas aos autos, assim que disponibilizadas pela SEMAD/PMVV.

4. DA DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO CONSIDERANDO O CICLO DE VIDA DO OBJETO E ESPECIFICAÇÃO DO PRODUTO

Rua Castelo Branco, 1803 – Centro – Vila Velha - ES
CEP: 29.100-041 – Telefone (27) 3388-4334



Autenticar documento em <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade> com o identificador 31003600360032003900340031003A00540052004100, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

4.1. Considerando a necessidade de aquisição dos medicamentos para suprir as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha, com a finalidade de manter a assistência adequada aos pacientes de toda a rede.

Considerando a necessidade de aquisição dos medicamentos e produto padronizados pelo município por meio do Decreto nº 025/2023, para atendimento à demanda da população;

Trata-se o presente processo de aquisição de medicamentos para fins de manutenção da assistência contínua para os munícipes de Vila Velha e de continuidades dos seus tratamentos propostos.

Os bens/serviços são considerados “comuns”, pois se enquadram na classificação nos termos do Decreto nº 10.818, de 2021, “Consideram-se bens e serviços comuns, para os fins e efeitos deste artigo, aqueles cujos padrões de desempenho e qualidade possam ser objetivamente definidos pelo edital, por meio de especificações usuais no mercado.”.

5. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO/AQUISIÇÃO

5.1 DA SUBCONTRATAÇÃO

Para esta aquisição é vedada a subcontratação de pessoa física ou jurídica.

5.2 SUSTENTABILIDADE:

Em caso de necessidade de descarte de materiais/medicamentos, os mesmos seguirão o fluxo padronizado da SEMSA em conjunto com a SEMDU, através do Plano de Gerenciamento de Resíduos.

6. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

6.1 Condições de Entrega:

6.1.1 Do Prazo de Entrega

6.1.2.1. A entrega dos produtos (bens de consumo) deverá ser feita no prazo máximo de **20 (vinte) dias corridos** após o recebimento da Autorização de Fornecimento, com despesas de transporte assumidas pelo licitante.

6.1.2.2. A entrega dos produtos deverá ser efetuada no endereço listado abaixo, das 7h às 12h e 13h às 15h.

6.1.2.3. A Autorização de Fornecimento (AF) terá força de contrato.

Rua Castelo Branco, 1803 – Centro – Vila Velha - ES
CEP: 29.100-041 – Telefone (27) 3388-4334



Autenticar documento em <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade>
com o identificador 31003600360032003900340031003A00540052004100, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

6.2 Do Local de Entrega

6.2.1. Almojarifado da Saúde - Rodovia Darly Santos, km 2,5, Bairro Guaranhuns, Vila Velha/ES, CEP: 29.103-300. Tel.: (27) 3139-9024. Ponto de referência: atrás do posto de gasolina Marcella, em frente ao SESI, na antiga fábrica Piraquê, de segunda a sexta-feira, no horário de 7h às 12h e 13h às 15h, **no prazo máximo de 20 (vinte) dias corridos**, contado da data de recebimento da autorização e empenho.

6.3 Do Prazo De Validade

6.3.1. Todos os medicamentos terão prazo mínimo de 70% da validade total, ou seja, se a validade total de um medicamento for de 24 meses, só podemos receber/aceitar a mercadoria com 16 meses de vida útil (validade) a partir da data da entrega.

6.3.2. Caso não seja possível a entrega na data assinalada, a empresa deverá comunicar as razões respectivas, logo após o recebimento da AF para que qualquer pleito de prorrogação de prazo seja analisado, ressalvadas situações de caso fortuito e força maior.

7 CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E DE PAGAMENTO

7.1 RECEBIMENTO DO OBJETO:

7.1.1. Os produtos serão recebidos:

7.1.1.2. Provisoriamente, a partir da entrega, para efeito de verificação da conformidade com as especificações constantes do Edital e da proposta, limitando-se a verificar a sua conformidade com o discriminado na Nota Fiscal, fazendo constar no canhoto e no verso da Nota a data de entrega e, se for o caso, as irregularidades observadas.

7.1.1.3. Durante o recebimento provisório, o almojarifado poderá exigir a substituição de qualquer do(s) medicamento que não esteja(m) de acordo com a(s) especificação(ões) deste Termo.

7.1.1.4. Definitivamente, após a verificação da conformidade com as especificações constantes da proposta, e sua conseqüentemente aceitação, que se dará **até 05 (cinco) dias úteis** contados do recebimento provisório, por Comissão/ Servidor designado pela Autoridade competente.

7.1.1.5. Em caso de não conformidade, a Comissão/ Servidor designado devolverá Nota Fiscal / medicamento, para as devidas correções.

Rua Castelo Branco, 1803 – Centro – Vila Velha - ES
CEP: 29.100-041 – Telefone (27) 3388-4334



Autenticar documento em <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade>
com o identificador 31003600360032003900340031003A00540052004100, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

7.1.1.6. O recebimento provisório ou definitivo do objeto não exclui a responsabilidade da CONTRATADA pelos prejuízos resultantes da incorreta execução do contrato.

7.1.1.7. A Autorização de Fornecimento terá força de contrato.

7.2 DAS CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DE FORNECIMENTO:

7.2.1. Os produtos devem ser entregues no Almojarifado, na embalagem original, em perfeito estado, sem sinais de violação, sem aderência ao produto, sem umidade, sem inadequação de conteúdo, identificado, nas condições de temperatura exigida em rótulo e com o número do registro emitido pela ANVISA, acompanhados da documentação fiscal, em duas vias, com especificação dos quantitativos discriminados na nota fiscal apresentados em unidades individualizadas. O número do lote do medicamento recebido deve constar na rotulagem, e na nota fiscal, especificados o número de lotes por quantidade de material/medicamento entregue.

7.2.2. O transporte deverá obedecer a critérios adequados, de modo a não afetar a identidade, qualidade, integridade dos mesmos.

7.2.3. No ato da entrega os materiais/medicamentos serão analisados em sua totalidade, sendo que aqueles que não satisfizerem à especificação exigida serão devolvidos, devendo ser substituído no **prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis** a partir da devolução que será realizada pelo Setor de Almojarifado de Farmácia.

7.2.4 O medicamento a ser fornecido pela vencedora deve apresentar em sua embalagem secundária e/ou primária a expressão "PROIBIDA VENDA AO COMÉRCIO", conforme PORTARIA MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) nº2814/1998 e RDC 71/2007 artigo 39.

7.3 PRAZO DE PAGAMENTO:

7.3.1. O pagamento do objeto será efetuado por fechamento de mês até 30 (trinta) dias consecutivos após o recebimento do objeto e apresentação da(s) nota(s) fiscal(is)/fatura(s), devidamente atestada(s) pelo órgão requisitante e/ou servidor (es) designados(s) para efetuar o recebimento do objeto.

7.3.2 Forma de pagamento:

7.3.2.1. O pagamento será realizado por meio de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo contratado.

7.3.2.2. Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.

Rua Castelo Branco, 1803 – Centro – Vila Velha - ES
CEP: 29.100-041 – Telefone (27) 3388-4334



Autenticar documento em <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade>
com o identificador 31003600360032003900340031003A00540052004100, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

7.3.2.3. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável.

7.3.2.4. Independentemente do percentual de tributo inserido na planilha, quando houver, serão retidos na fonte, quando da realização do pagamento, os percentuais estabelecidos na legislação vigente.

7.3.2.5. O contratado regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 2006, não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime. No entanto, o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação, por meio de documento oficial, de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na referida Lei Complementar.

8. FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

8.1. O fornecedor será selecionado por meio da realização de procedimento de **LICITAÇÃO**, na modalidade **PREGÃO**, sob a forma **ELETRÔNICA**, com adoção do critério de julgamento pelo **MENOR PREÇO DO ITEM**.

9. DOS CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO TÉCNICA

9.1 Qualificação Técnica:

- A) Atestado(s) de Capacidade Técnica** emitido(s) por entidade(s) de direito público ou privado, comprovando a aptidão da empresa arrematante para o fornecimento do(s) produto(s) idêntico(s) ou similar(es) ou que se enquadrem no mesmo tipo de produto/área (produtos para saúde), de acordo com a ANVISA, conforme os objetos da licitação, devidamente assinado e, preferencialmente, em papel timbrado da empresa ou órgão tomador do fornecimento ou em cópia autenticada, compatível com o objeto desta licitação.
- B) Autorização de Funcionamento** da empresa arrematante, expedida pela **ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária** ou cópia da publicação no “Diário Oficial da União”, conforme exigido pela Lei Federal nº. 6.360/76 (art. 2º), Decreto Federal nº. 8.077/2013 (art. 2º), Lei Federal nº. 9.782/99 (art. 7º, inciso VII) e Portaria Federal nº. 2.814 de 29/05/98.

Rua Castelo Branco, 1803 – Centro – Vila Velha - ES
CEP: 29.100-041 – Telefone (27) 3388-4334



Autenticar documento em <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade>
com o identificador 31003600360032003900340031003A00540052004100, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

Quando se tratar de medicamento constante na relação do Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial aprovada pela Portaria nº. 344/98 de 12/05/98 da Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, também deve ser apresentada a Autorização Especial da empresa arrematante.

- C) **Alvará Sanitário** (ou Licença Sanitária/Licença de Funcionamento) da empresa arrematante, expedido pela **Vigilância Sanitária Estadual ou Municipal**, tal como exigido pela Lei Federal nº. 6.360/76 (art. 2º), Decreto Federal nº. 8.077/2013 (art. 2º) e Portaria Federal nº. 2.814 de 29/05/98.
- D) **Certificado de Regularidade Técnica** da empresa participante da licitação (quando houver obrigatoriedade legal), expedido pelo Conselho Regional de Farmácia do Estado onde for sediada a empresa, com indicação do responsável técnico e validade de acordo com legislação específica;
- E) **Certificado de Registro do medicamento**, emitido pela ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, vinculada ao Ministério da Saúde, ou cópia da publicação no “Diário Oficial da União” relativamente ao registro do medicamento. Caso o prazo de validade esteja vencido ou vencendo nos próximos 06 meses deverá ser apresentado Certificado de Registro, ou cópia da publicação no “DOU” acompanhado do pedido de revalidação “FP 1” e “FP 2”, datado entre 12 e seis meses anteriores ao vencimento, na forma do art. 8º, §2º ao §6º do Decreto Federal nº. 8.077/2013, **ou isenção, quando houver**.
- F) O proponente arrematante deverá encaminhar junto com todos os documentos habilitatórios, para análise e parecer técnico do Órgão Requisitante, cópias visíveis ou originais dos **manuals, catálogos** e instruções que permitam uma perfeita identificação do produto ofertado, descrito em língua portuguesa e em consonância com todas as exigências edilícias (**quando houver**).

9.1.1 Caso o produto/item não seja classificado **de interesse à saúde**, ou seja, **não regulado pela ANVISA/ VIGILÂNCIA SANITÁRIA**, a empresa fica isenta de apresentar os documentos acima solicitados, **exceto o item A**.

10. ESTIMATIVAS DO VALOR DA CONTRATAÇÃO/AQUISIÇÃO

10.1 As estimativas do valor da contratação serão informadas neste caderno processual posteriormente pelo setor de Compras/SEMSA, após cotação de preços.

10.2 O valor estimado deverá ter como referência ampla pesquisa de mercado de preços praticados no âmbito dos órgãos e entidades da Administração Pública. O arrematante do item será desclassificado caso o produto ofertado na proposta esteja acima dos valores estipulados pelo Banco de preços (quando aplicável) e Banco de Preços em saúde (quando aplicável), sendo passível de denúncia junto aos órgãos fiscalizadores, conforme legislação vigente.

Rua Castelo Branco, 1803 – Centro – Vila Velha - ES
CEP: 29.100-041 – Telefone (27) 3388-4334



Autenticar documento em <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade>
com o identificador 31003600360032003900340031003A00540052004100, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

11. DA PROPOSTA

11.1. A proposta comercial deverá conter, de acordo com a especificação prevista neste Termo de Referência, a descrição detalhada do produto com a apresentação, a marca, o nome da fabricante, obrigatoriamente, bem como referências e demais características que permitam ao contratante identificar claramente o produto ofertado,

- Número completo (13 dígitos) do registro do medicamento junto à ANVISA,
- Nome comercial do produto ofertado (se for genérico, citar) e do laboratório fabricante,

O valor do produto deve estar de acordo com o praticado na Tabela CMED atualizada (preferencialmente), sendo equivalente ou abaixo desta, para os medicamentos regularizados pela mesma.

12. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

12.1 São obrigações da CONTRATANTE:

12.1.1. Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela CONTRATADA, de acordo com as descrições contidas neste Termo de Referência e os termos de sua proposta;

12.1.2. Acompanhar e fiscalizar a entrega dos itens solicitados, conforme citado em Quadro Resumo;

12.1.3. Efetuar o pagamento devido, nas condições estabelecidas;

12.1.4. Prestar informações e esclarecimentos que venham a ser solicitados ao município;

12.1.5. Atestar notas fiscais correspondentes após o recebimento dos itens comprados;

12.1.6. Receber e fiscalizar os produtos entregues, verificando a sua correspondência com as especificações prescritas no edital, atestando sua conformidade;

12.1.7. Designar formalmente um servidor da unidade gestora para acompanhar e fiscalizar a execução da autorização de fornecimento ou instrumentos equivalentes;

12.1.8. Notificar formalmente quaisquer irregularidades encontradas na entrega dos itens.

12.2. A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela CONTRATADA com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente Termo de Contrato, bem como por





PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da CONTRATADA, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

13. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

13.1 São obrigações da CONTRATADA:

13.1.1. Respeitar e cumprir com os prazos de entrega dos produtos comprados, observando os períodos de parcelamento e quantidades.

13.1.2. Arcar com todas as despesas diretas ou indiretas, decorrentes do cumprimento das obrigações assumidas, sem qualquer ônus para o estado.

13.1.3. A CONTRATADA deverá garantir a qualidade dos produtos a serem fornecidos, devendo, ainda, quando solicitado, substituir prontamente o produto que porventura não atenda os requisitos contratados, providenciando, também, o produto que no momento possa estar em falta em seu estabelecimento, sob pena das sanções cabíveis;

13.1.4. Os medicamentos que apresentarem defeito de fabricação, decorrente do transporte e/ou que não atenderem as especificações deverão ser substituídos pela CONTRATADA, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, sob pena de aplicação das sanções previstas no Edital;

13.1.5. As embalagens e unidades constantes na especificação do produto na Autorização de Fornecimento deverão ser rigorosamente observadas, assim como a marca vencedora, sob pena de devolução do produto;

13.1.6. Comunicar formalmente, através de ofício enviado por e-mail e de imediato à Administração quaisquer irregularidades que venham ocorrer em função da entrega dos materiais/ medicamentos;

13.1.7. O fornecimento deverá ser efetuado de acordo com a respectiva AF - Autorização de Fornecimento, sempre acompanhada do correspondente documento fiscal;

13.1.8. Fornecer amostra do produto quando solicitado, para laudo técnico de utilização.

14. DA JUSTIFICATIVA QUANTO À AUSÊNCIA DE CONSULTA ÀS DEMAIS UNIDADES GESTORAS MUNICIPAIS

14.1. Considerando que os produtos a serem adquiridos são restritamente geridos pela Gerência de Assistência Farmacêutica (GAF) para uso exclusivo nos serviços de saúde, não há, portanto,





PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

necessidade de envio de carta convite às demais Secretarias da Prefeitura Municipal de Vila Velha para participação a presente Ata de Registro de Preços.

15. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

15.1. As sanções e infrações administrativas serão aplicadas de acordo com os artigos 155 a 163 da Lei 14.133/2021.

16. DAS CONDIÇÕES GERAIS

16.1 Este Termo de Referência deverá ser lido e interpretado na íntegra. Após o registro da proposta no sistema não serão aceitas alegações de desconhecimento.

16.2. As licitantes são responsáveis pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados em qualquer fase da licitação.

16.3. As normas disciplinadoras da licitação serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, desde que não comprometam o interesse da Administração, a finalidade e segurança da contratação/aquisição.

16.4. O fornecimento dos produtos obedecerá às especificações contidas neste Termo de Referência, sendo os casos omissos resolvidos pela Prefeitura Municipal de Vila Velha.

16.5. A CONTRATADA é obrigada a aceitar, nas mesmas condições da licitação, os acréscimos ou supressões, conforme Lei Federal nº 14.133/2021.

17. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

17.1 As despesas decorrentes da presente contratação/aquisição correrão à conta de recursos específicos consignados no Orçamento Geral do Município.

17.2 A dotação orçamentária será informada posteriormente pelo Fundo Municipal de Saúde;

Informamos ainda que os recursos utilizados, se do tesouro municipal e/ou transferências de fundo a fundo de verbas federais e estaduais, serão informados também posteriormente pelo Fundo Municipal de Saúde, entretanto para este (s) objeto (s) não há convênio e emenda parlamentar.

a. A dotação relativa aos exercícios financeiros subsequentes será indicada após aprovação da Lei Orçamentária respectiva e liberação dos créditos correspondentes, mediante apostilamento.

Rua Castelo Branco, 1803 – Centro – Vila Velha - ES
CEP: 29.100-041 – Telefone (27) 3388-4334



Autenticar documento em <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade>
com o identificador 31003600360032003900340031003A00540052004100, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

18. ASSINATURAS E APROVAÇÕES

Manuela Martins cruz

Gerente/Farmacêutica - Mat.43842/1 GAF/SEMSA
Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha

Regina Célia Diniz Werner

Subsecretária da Atenção Primária à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha

Cátia Cristina Vieira Lisboa

Secretária Municipal de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha



PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi assinado eletronicamente e pode ser acessado no endereço <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade> utilizando o identificador 31003600360032003900340031003A00540052004100

Assinado eletronicamente por **REGINA CELIA DINIZ WERNER** em 09/07/2024 16:46

Checksum: **D714EC547FFC789577E1623DDC1B5FD000B69CE0FB4AEFD53169BA084A0E13F2**

Assinado eletronicamente por **MANUELA MARTINS CRUZ** em 10/07/2024 09:00

Checksum: **0D01B77A23272C83597F38816847D362652A0B7723AF80981630D02F292B9857**

Assinado eletronicamente por **CÁTIA CRISTINA VIEIRA LISBOA** em 25/07/2024 10:51

Checksum: **05DE22DFB199499655A818F1E571C080044F4344C1AE56B8D96F886D04366063**

