



## **ANEXO I**

### **TERMO DE REFERENCIA**

#### **1. OBJETO:**

1.1 PREGÃO ELETRÔNICO COM REGISTRO DE PREÇO PARA FUTURA E EVENTUAL AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS A FIM DE ATENDER A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, de acordo com o Termo de Referência e demais condições estabelecidas no Edital e seus anexos.

#### **2. JUSTIFICATIVA:**

2.1 A aquisição justifica-se de maneira a suprir as necessidades da população de nosso município, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), atendidos na Farmácia Municipal com receitas de medicamentos prescritos a esse público, bem como dar suporte para o atendimento médico de urgência e emergência do Pronto Atendimento Municipal, com atendimentos a nossa população 24 horas diariamente, 07 dias por semana.

#### **3. DA IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS:**

3.1. Os produtos fornecidos deverão possuir embalagem, contendo:

- a) nome e *website* do fabricante;
- b) data do término da garantia;
- c) dados para acionamento da garantia.

#### **4. DA QUALIDADE DOS PRODUTOS:**

4.1. Os produtos devem ser:

- a) entregues acondicionados, sempre que possível, em embalagens lacradas individualmente, identificados, e em perfeitas condições de armazenagem.

4.2. Produtos contendo baixa qualidade, em desacordo com a legislação vigente aplicada, serão rejeitados pela Secretaria de Saúde.

#### **5. DA GARANTIA DOS PRODUTOS:**

5.1. Os produtos devem ter a **garantia/validade mínima de 12 (doze) meses** contados do atesto da nota fiscal;

#### **6. FORMA DE ENTREGA:**

6.1 A entrega deverá ser feita no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da Autorização de Fornecimento, salvo, se por motivo justo, a CONTRATADA solicitar prorrogação de prazo, e este ser aceito pela CONTRATANTE;

6.2 Se a CONTRATADA não cumprir o prazo de entrega, sem justificativa formal aceita pela CONTRATANTE, decairá seu do direito de fornecer os produtos adjudicados.

#### **7. LOCAL DE ENTREGA DOS PRODUTOS:**

7.1 O(s) produto(s) deve(m) ser entregue(s) na Farmácia Municipal, cito à Avenida Coronel Cajango, s/nº, Centro, Alto Garças/MT, a qual deve ser realizada na conformidade da Autorização de Fornecimento, na presença de servidores devidamente autorizados, como determina o § 8º, do artigo 15, da Lei 8.666/93, em dia e horário comercial.

#### **8. DAS CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO:**

8.1. Relativo às condições de fornecimento, a CONTRATADA deverá:



**PREFEITURA  
ALTO GARÇAS**

UM NOVO CAMINHO  
Gestão 2017/2020

- a) Entregar os produtos obedecendo rigorosamente às condições do Contrato, se houver;
- b) Entregar os produtos obedecendo rigorosamente à legislação vigente inerente ao objeto;
- c) Entregar os produtos com a expressão na embalagem de cada medicamento: **Venda proibida ao Comércio;**
- d) Cumprir com a legislação aplicável.

## **9. CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO E ACEITAÇÃO DOS PRODUTOS:**

9.1. O recebimento será realizado pela Farmacêutica/ Bioquímica responsável pela Farmácia Municipal.

9.2. Todos os produtos deverão estar em conformidade com a Autorização de Fornecimento.

## **10. O RECEBIMENTO SE DARÁ EM OBSERVÂNCIA COM OS ARTIGOS 73 A 76 DA LEI 8.666/1993, E AINDA:**

10.1. PROVISORIAMENTE, para efeito de posterior verificação da conformidade dos produtos com a especificação, bem como se a Nota Fiscal(NF) / Fatura encontra lavrada sem incorreções.

a) A CONTRATANTE terá o prazo máximo de até **05 (cinco) dias úteis**, podendo ser prorrogado por uma vez e por igual período, contados da data de recebimento, para verificar se os produtos fornecidos e a NF/Fatura estão em consonância.

10.2. DEFINITIVAMENTE, após a verificação da qualidade e quantidade dos produtos e conseqüente aceitação.

10.3. Após o recebimento provisório o(a) servidor (a) responsável atestará a Nota Fiscal se constatado que os produtos atendem ao solicitado;

10.4. Caso os produtos se encontrem desconforme ao exigido na Autorização de Fornecimento, a CONTRATANTE notificará a CONTRATADA para substituí-los no prazo de até **05(cinco) dias úteis** contados da notificação;

10.4.1. Neste caso, o recebimento do(s) produto(s) escoimado(s) dos vícios que deram causa a sua troca será considerado recebimento provisório, ensejando nova contagem de prazo para o recebimento definitivo;

10.5. O recebimento provisório ou definitivo não exclui a responsabilidade civil pela solidez e segurança dos produtos, nem ético-profissional pela perfeita execução do contrato, dentro dos limites estabelecidos pela lei ou pelo contrato.

10.6. A carga e a descarga serão por conta da CONTRATADA, sem ônus de frete para a Prefeitura Municipal de Alto Garças/MT.

## **11. A CONTRATANTE RECUSARÁ OS PRODUTOS NAS SEGUINTE HIPÓTESES QUANDO:**

11.1. Houver qualquer situação em desacordo entre os produtos fornecidos e a Autorização de Fornecimento;

11.2. A Nota Fiscal/Fatura estiver com a especificação do objeto e quantidades em desacordo com o discriminado na Autorização de Fornecimento;

11.3. Os produtos apresentarem vícios de qualidade, funcionamento ou serem impróprios para o uso, ou ainda possuírem defeitos de fabricação;

## **12. PRAZO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO:**

12.1 A Ata de Registro de Preços terá vigência durante um período de 12 (doze) **meses, a contar da data de sua assinatura.**

## **13. PRAZO DE PAGAMENTO:**

13.1 Efetuada a entrega, a CONTRATADA protocolará a Nota Fiscal/Fatura, perante a



**PREFEITURA  
ALTO GARÇAS**

UM NOVO CAMINHO  
Gestão 2017/2020

CONTRATANTE devidamente preenchida;

13.2. Caso Nota Fiscal/Fatura esteja em desacordo, será devolvida para correção;

13.3. A CONTRATANTE terá um prazo de até **05 (cinco) dias úteis** para conferência e aprovação, contados da sua protocolização, e será paga, diretamente na conta corrente da CONTRATADA;

13.4. O prazo previsto para pagamento que será de até **30 (trinta) dias corridos**, contados da apresentação da Nota Fiscal/Fatura, devidamente atestada;

13.5. Na ocorrência de rejeição da(s) Nota(s) Fiscal(is), motivada por erro ou incorreções, o prazo estipulado no parágrafo anterior, passará a ser contado a partir da data da sua representação;

13.6. Os pagamentos não serão efetuados através de boletos bancários, sendo a garantia do referido pagamento a própria Nota de Empenho.

#### PLANILHA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

**ÓRGÃO:** PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO GARÇAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ITEM	QTD	UNI	DESCRIÇÃO
1	5000	UN	APLICADOR PARA CREME VAGINAL.
2	6000	CPR	ATENOLOL + CLORTALIDONA - CONCENTRACAO/DOSAGEM 50 MG + 12,5 MG RESPECTIVAMENTE, FORMA FARMACEUTICA COMPRIMIDO, VIA DE ADMINISTRACAO ORAL.
3	300	FRS	BECLOMETASONA 50 MCG - SPRAY INALATÓRIO.
4	200	FRS	CIPROFLOXACINO 2 MG/ML + HIDROCORTISONA 10 MG/ML (SOLUÇÃO OTOLÓGICA).
5	600	CPR	CLOBAZAM 10 MG.
6	1000	CPR	CLOMIPRAMINA 10 MG.
7	500	CÁP	CLORETO DE MAGNÉSIO 625 MG.
8	3000	UN	CLORIDRATO DE AMILORIDA + HIDROCLOROTIAZIDA 5+ 50 MG EM COMPRIMIDO.
9	10	AMP.	CLORIDRATO DE CETAMINA 50 MG/ML.
10	2000	CPR	CLORIDRATO DE CLONIDINA 0,100 MG.
11	2000	CPR	CLORIDRATO DE CLONIDINA 0,200 MG.
12	2000	CPR	CLORIDRATO DE IMIPRAMINA 10 MG.
13	1000	CPR	CLORIDRATO DE METFORMINA - CONCENTRACAO/DOSAGEM 1 GRAMA, COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA.
14	600	CPR	COLECALCIFEROL - CONCENTRACAO 1.000 UI (VITAMINA D3). COMPRIMIDOS REVESTIDOS.
15	50	FRS	COLIRIO ANESTESICO 1% +0,1% (CLORIDRATO DE TETRACAINA 1%, CLORIDRATO DE FENILEFRINA 0,1%).
16	720	SACH	COMPOSTO DE LACTOBACILUS ACIDOPHILLUS, LACTOBACILUS RHAMNOSU BIFIDOBA, FRUTOOLIGOSSACARÍDEO, CÁLCIO, MAGNÉSIO, VITAMINA



**PREFEITURA  
ALTO GARÇAS**

UM NOVO CAMINHO

Gestão 2017/2020

			C, ZINCO, SELÊNIO, VITAMINA E, VITAMINA B12, VITAMINA D E VITAMINA K. PROBIÓTICO+ PREBIÓTICO ENRIQUECIDO COM VITAMINAS E MINERAIS EM PÓ, QUE CONTRIBUI PARA O EQUILIBRIO DA FLORA INTESTINAL.
17	2000	CPR	DAPAGLIFLOZINA 10 MG.
18	200	FRS	DEXAMETASONA COLIRIO- CONCENTRACAO/DOSAGEM 1 MG/ML,FORMA FARMACEUTICA SUSPENSAO OFTALMICA,FORMA DE APRESENTACAO FRASCO,VIA DE ADMINISTRACAO OFTALMICA.
19	500	CPR	EMPAGLIFLOZINA - CONCENTRACAO/DOSAGEM 25 MG,FORMA FARMACEUTICA COMPRIMIDO REVESTIDO,VIA DE ADMINISTRACAO ORAL.
20	5000	CPR	ERITROMICINA 500MG.
21	1500	CPR	ESPIRAMICINA (1,5MUI)500MG.
22	150	TB	ESTROGENIOS CONJUGADOS CREME VAGINAL 0,625 MG/G.
23	10000	CPR	GLICAZIDA 80 MG.
24	400	AMP.	GLICONATO DE CALCIO 10%.
25	3000	CPR	HIDRALAZINA, CLORIDRATO 25MG.
26	4000	CPR	HIDRALAZINA CLORIDRATO 50 MG.
27	50	FRS	HIPROMELOSE 5MG/ML SOL. OFT.
28	6	AMP.	IMUNOGLOBULINA ANTI - RHO (FRASCO AMPOLA 300 MCG + DILUENTE).
29	30	FRS	LEVETIRACETAM - CONCENTRACAO/DOSAGEM 100 MG/ML,FORMA FARMACEUTICA SOLUCAO ORAL,FORMA DE APRESENTACAO FRASCO,VIA DE ADMINISTRACAO ORAL.
30	500	AMP.	MALEATO DE METILERGOMETRINA 0,2 MG/ML.
31	2000	CPR	MEBENDAZOL 100 MG.
32	300	AMP.	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 150MG/ML SOL. INJ.
33	500	AMP.	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 50 MG/ML SOL.INJ.
34	500	AMP.	METRONIDAZOL 100 MG/ 5ML.
35	1500	CPR	MICOFENOLATO DE MOFETILA - CONCENTRACAO/DOSAGEM 500 MG,FORMA FARMACEUTICA COMPRIMIDO REVESTIDO,VIA DE ADMINISTRACAO ORAL.
36	1000	CPR	MIRTAZAPINA 30 MG ( COMPRIMIDOS ORODISPERSÍVEIS).
37	1500	CÁP	NIFEDIPINO - CONCENTRACAO/DOSAGEM 10 MG,FORMA FARMACEUTICA CAPSULA GELATINOSA,VIA DE ADMINISTRACAO ORAL.
38	24	AMP.	OCTREOTIDA LAR 20 MG PÓ PARA SUSPENSAO INJETÁVEL (COM LIBERAÇÃO PROLONGADA).
39	1008	CPR	OMEPRAZOL MAGNESICO 10,3 MG COMPRIMIDO REVESTIDO.
40	15000	CPR	PIRIDOXINA ,CLORIDRATO 40 MG.



**PREFEITURA  
ALTO GARÇAS**

UM NOVO CAMINHO

Gestão 2017/2020

41	1000	CÁP	PREGABALINA - CONCENTRACAO/DOSAGEM 150 MG, FORMA FARMACEUTICA CAPSULA, VIA DE ADMINISTRACAO ORAL.
42	1500	CPR	PROPAFENONA, CLORIDRATO 150 MG.
43	6000	CPR	PROPANOLOL (CLORIDRATO) 10MG.
44	10000	AMP.	RANITIDINA ,CLORIDRATO 25MG/ML.
45	1000	AMP.	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA - CONCENTRACAO/DOSAGEM DE 80MG + 16 MG, FORMA FARMACEUTICA SOLUCAO INJETAVEL, FORMA DE APRESENTACAO EM AMPOLA C/ 5ML.
46	100	BISN	SULFATO DE GENTAMICINA 5 MG/G POMADA OFTÁLMICA.
47	400	BISN	TETRACICLINA + ANFOTERICINA 25,0MG + 12,5MG/G CREME VAGINAL.
48	8000	CÁP	TETRACICLINA 500MG.
49	100	BISN	TIABENDAZOL - CONCENTRACAO/DOSAGEM 50 MG/G + 45 G.
50	18000	CPR	TIBOLONA 2,5 MG.
51	50	FRS	TIMOLOL, MALEATO 0,25% COLIRIO.
52	800	CPR	VILDAGLIPTINA - CONCENTRACAO/ DOSAGEM 50 MG, FORMA FARMACEUTICA COMPRIMIDO, VIA DE ADMINISTRACAO ORAL.
53	1000	CPR	VILDAGLIPTINA 50 MG + CLORIDRATO DE METIFORMINA 1.000 MG, COMPRIMIDOS REVESTIDOS.
54	10	FRS	VITELINATO DE PRATA 10%.

**14. CUSTO ESTIMADO:**

14.1 O custo estimado é no valor de R\$: 352.690,94 (trezentos e cinquenta e dois mil seiscentos e noventa reais e noventa e quatro centavos) conforme cotação de preços feita pela Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com as exigências legais.