



ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE-SESAB

TERMO DE REFERÊNCIA Nº 572

DISPENSA DE LICITAÇÃO DA CLONIDINA, cloridrato de, 0,150mg, comprimido

1. OBJETO

Aquisição do material **CLONIDINA, cloridrato de, 0,150mg, comprimido**, a embalagem devera conter a impressao "venda proibida pelo comercio" para abastecimento do Hospital Regional Dantas Bião – HRDB, de acordo com os critérios e especificações estabelecidos neste Termo de Referência.

2. JUSTIFICATIVA

A presente JUSTIFICATIVA tem por objeto a aquisição de forma imediata do medicamento citado acima utilizado nas unidades do Hospital Regional Dantas Bião. Primeiramente, destaca-se que o medicamento está com estoque baixo ou zerado e não possui processo de aquisição regular e/ou emergencial em andamento. As providências adotadas para regularizar o abastecimento do medicamento em questão foram por meio de empréstimos e permutas. O Hospital é referência em situações de emergências para traumas, ortopedia, neurologia, entre outros serviços. Além disso, dispõe de aproximadamente 20 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Sendo assim, a falta desse medicamento representa risco ao atendimento dos pacientes, principalmente em quadros mais graves, que pode inclusive evoluir a óbito por falta de assistência adequada.

Diante do exposto, solicita-se a aquisição do medicamento com intuito de prestação de uma assistência com qualidade para nossos pacientes.

3. DAS CARACTERÍSTICAS, QUANTITATIVOS E CÓDIGO SIMPAS

ITEM	CODIGO	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT
01	65.02.19.0011620 1-2	CLONIDINA, cloridrato de, 0,150mg, comprimido. A embalagem deve apresentar a frase: venda proibida pelo comercio. O fornecedor deve apresentar bula, registro do produto na ANVISA e	Un	600

		certificado de boas praticas de fabricacao - CBPF em conformidade com as resolucoes da ANVISA em vigencia. Em caso de fabricante fora do MERCOSUL, apresentar documento do pais de origem traduzido por tradutor oficial. Unidade de fornecimento: comprimido.		
--	--	---	--	--

4. ESPECIFICAÇÕES, CARACTERÍSTICAS E QUANTITATIVOS/ESTIMATIVA DO FORNECIMENTO

Unidade FIPLAN	Função	Subfunção	Programa	P/A/OE
19601	10	302	435	
Região/planejamento	Natureza da despesa	Destinação do recurso	Tipo de recurso orçamentário	

5. DA ENTREGA DO MATERIAL

O fornecimento deverá ser realizado no prazo de até 10 (dez) dias, a contar da assinatura da Autorização de Fornecimento do Material (AFM).

6. FORMA DE PAGAMENTO

O pagamento será efetuado em moeda corrente nacional, em parcela única, em até 8 (oito) dias após o fornecimento, por meio de ordem bancária, para crédito em conta-corrente da licitante/contratada, após emissão de Nota Fiscal/Fatura devidamente atestada pelo setor demandante e/ou fiscal de contrato.

Alagoinhas, 10 de setembro de 2026

Atenciosamente,

Nos termos da referida comunicação, manifesto-me de acordo

ANDERSON DE OLIVEIRA SANTANA

Coordenador de Farmácia

ANTONIO SERGIO BRITO FRANÇA

Diretor Administrativo

LEILLANE OLIVEIRA DOS SANTOS

Diretora Geral



Documento assinado eletronicamente por **Magna Rita Rocha Silveira, Técnico Administrativo**, em 29/09/2026, às 08:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



Documento assinado eletronicamente por **Antonio Sergio Brito França, Diretor Administrativo**, em 29/09/2026, às 11:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



Documento assinado eletronicamente por **Leillane Oliveira dos Santos, Diretora Geral**, em 29/09/2026, às 11:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **00150658751** e o código CRC **A94CC33C**.

Referência: Processo nº 019.16685.2026.0191076-16

SEI nº 00150658751