*ESTADO DA BAHIA*
SECRETARIA DA SAÚDE-SESAB

**TERMO DE REFERÊNCIA Nº 708**

**DISPENSA DE LICITAÇÃO DA LOPERAMIDA 2mg comprimidos**

## 1. OBJETO

Aquisição do material **LOPERAMIDA 2mg comprimidos**, 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 | 65.02.19.00008488-3 | LOPERAMIDA 2mg comprimidos. A embalagem deve conter a descricao "proibida a venda pelo comercio". Apresentar registro dos produtos na Anvisa e Certificado de | Un | 500 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **Boas Praticas, Fabricacao e Controle - CBPFC do fabricante conforme resolucao Anvisa nº 460/99. Em caso de fabricante fora do mercosul, apresentar documento do pais de origem traduzido por tradutor oficial.** | | |

**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, 22 de outubro 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 **Leillane Oliveira dos Santos**, **Diretora Geral**, em 23/10/2026, às 07:51, 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 23/10/2026, às 09:08, 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 **00152552109** e o código CRC **49118689**.