ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE-SESAB

TERMO DE REFERÊNCIA Nº 714

DISPENSA DE LICITAÇÃO DA CLORPROMAZINA, solucao injetavel 5 mg/ml

1. OBJETO

Aquisição do material **CLORPROMAZINA, solucao injetavel 5 mg/ml**, 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	65.02.19.000026 50-6	CLORPROMA ZINA, solucao injetavel 5 mg/ml, em ampola, a embalagem do produto devera conter a seguinte impressao:" venda proibida pelo comercio. " Apresentar registro dos produtos na	Un	300

		Anvisa e Certificado de Boas Praticas, Fabricacao e Controle - CBPFC do fabricante conforme resolução 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 **00152553273** e o código CRC **8B3F2A28**.