



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DO CRUZ
CNPJ – 08.767.154/0001-15
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR

1- Descrição da necessidade ou objeto (obrigatório):

Aquisição de forma eventual e parcelada de medicamentos básicos para suprir as unidades básicas de saúde e hospital municipal Dr Odilon Maia Filho deste município.

2- Alinhamento com Planejamento:

2.1 Previsão no Plano de Contratação Anual: (x) SIM () NÃO*

*Justificativa: A previsibilidade no Plano de Contratação Anual – PCA para o ano de 2024.

3- Requisitos da Contratação:

3.1 - Os itens a serem adquiridos deverão apresentar padrões indispensáveis de qualidade que obedeçam aos critérios técnicos da ANVISA para garantir segurança no uso destes no sentido de prevenir riscos à saúde do profissional e do usuário desses itens.

3.2 - A contratada deverá adotar práticas de sustentabilidade adequadas que o objeto exigir, devendo ser dada prioridade para produtos reciclados e recicláveis e para bens que considerem critérios compatíveis com padrões de consumo social e ambientalmente sustentáveis (artigo 7º, XI, da Lei nº 12.305 de 2010 – Política Nacional de Resíduos Sólidos), devendo ser observadas, ainda, as Instruções Normativas SLTI/MPOG nrs. 01/201 e 01/2014, bem como os atos normativos editados pelos órgãos de proteção ao meio ambiente.

3.2- Prazo de entrega: máximo de 05 (cinco) dias uteis, contados a partir do recebimento da respectiva ordem de serviço.

3.3 - Prazo de validade: os medicamentos nacionais ou importados devem possuir validade mínima de 18 (dezoito) meses, com exceção daqueles cuja natureza determine uma validade inferior a 12 (doze) meses. Nestes casos, a entrega do mesmo não poderá exceder a 60 dias da sua fabricação.

3.4 - Os produtos deverão ser entregues de segunda a sexta-feira das 07h às 11h e 13h às 17h, horário de expediente da Farmácia Básica Municipal, mediante aviso prévio. O desrespeito ao



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DO CRUZ
CNPJ – 08.767.154/0001-15
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

horário de entrega desobriga o órgão ao recebimento, devendo o licitante retornar dentro do horário de expediente para a respectiva entrega, sem custos adicionais para a Administração Pública. A entrega dos produtos deverá ser feita na Farmácia Básica Municipal.

3.5 - A nota de recebimento só será assinada após conferência de todos os itens solicitados pelo fiscal responsável.

4- Estimativa de Quantidades

CÓDIGO	DISCRIMINAÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	ACEBROFILINA 50MG/ML INF FR C/120 ML	FRASCO	2500
2	ACICLOVIR 200MG COMP (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	5000
3	ÁCIDO ACETILSALICILICO 100MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	100000
4	ÁCIDO ASCÓRBICO 500MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	15000
5	ÁCIDO ASCORBICO GOTAS FR C/20ML	FRASCO	5000
6	ÁCIDO FÓLICO COMP 5MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	100000
7	ALBENDAZOL 40MG/ML SUSP FR C/10ML	FRASCO	3000
8	ALBENDAZOL COMPRIMIDO 400MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	5000
9	ALENDRONATO DE SÓDIO 70MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	5000
10	AMBROXOL 30MG/ML AD FR C/120ML	FRASCO	5000
11	AMOXICILINA CAPSULA 500MG (CAIXA HOSPITALAR)	CÁPSULA	90000
12	AMOXICILINA SUSP. 250MG/5ML FR C/60ML	FRASCO	5000
13	ANLÓDIPINO 10MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	70000
14	ANLÓDIPINO 5MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	150000
15	ATENOLOL 100MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	50000
16	ATENOLOL 25MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	150000
17	ATENOLOL 50MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	50000
18	AZITROMICINA 500MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	50000
19	AZITROMICINA 200MG/ML FR C/15ML	FRASCO	6000
20	BACLOFENO 10MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	5000
21	BENZOILMETRONIDAZOL SUSP. ORAL 40MG/ML FR C/100ML	FRASCO	1200
22	BISSULFATO DE CLOPIDOGREL 75MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	20000
23	CAPTÓPRIL 25MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	200000
24	CARBIDOPA+LEVODOPA 250/25MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	3000



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DO CRUZ
CNPJ – 08.767.154/0001-15
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

25	CARVEDILOL 3,125 MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	50000
26	CARVEDILOL 12,5 MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	60000
27	CARVEDILOL 25MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	80000
28	CARVEDILOL 6,25MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	50000
29	CEFALEXINA 500MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	50000
30	CEFALEXINA SUSP 250MG/5ML FR C/60ML	FRASCO	3000
31	CETOCONAZOL+BETAMETASONA+NEOMICINA 20MG + 0,64MG + 2,5/G TUBO C/30G	BISNAGA	100
32	CINARIZINA 25MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	1000
33	CINARIZINA 75MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	1000
34	CIPROFLOXACINO 500MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	25000
35	CLARITROMICINA 500MG (CAIXA HOSPITALAR)	CÁPSULA	2500
36	CLORIDRATO DE PROPRANOLOL 40MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	60000
37	DEXAMETASONA 4MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	20000
38	DEXAMETASONA CREME 0,1% TB C/10G	BISNAGA	5000
39	DEXCLORAFENIRAMINA XAROPE 2MG/5ML FRASCO C/ 100ML	FRASCO	8000
40	DICLOFENACO POTÁSSICO 50MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	50000
41	DICLOFENACO SÓDICO 50MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	75000
42	DIGOXINA 0,25 MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	20000
43	DIPIRONA 500MG/10 ML GOTAS	FRASCO	6000
44	DIPIRONA 500MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	150000
45	DIMETICONA 75MG/10ML GOTAS	FRASCO	8000
46	DINITRATO DE ISOSSORBIDA 5 MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	2000
47	DOMPERIDONA 10MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	7000
48	DOXAZOSINA 2MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	20000
49	DOXAZOSINA 4MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	10000
50	ENALAPRIL 10MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	150000
51	ENALAPRIL 20MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	70000
52	ENALAPRIL 5MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	50000
53	ESPIROLACTONA 25MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	40000
54	ESPIROLACTONA 100MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	50000
55	FINASTERIDA 5 MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	25000
56	FLUCONAZOL 150 MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	5000
57	FUROSEMIDA 40MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	100000
58	GLIBENCLAMIDA 5MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	150000
59	GLICLAZIDA 60MG COMP. DE LIBERAÇÃO CONTROLADA (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	7000



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DO CRUZ
CNPJ – 08.767.154/0001-15
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

60	GLIMEPIRIDA 4MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	10000
61	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	250000
62	HIDROCLOROTIAZIDA 50MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	50000
63	HIDROXIZINA 25MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	2000
64	IBUPROFENO 300MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	35000
65	IBUPROFENO 50MG/ML GOTAS FR C/30ML	FRASCO	3000
66	IBUPROFENO 600MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	70000
67	ISOSSORBIDA 20MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	20000
68	ISOSSORBIDA 40MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	10000
69	LEVODOPA + CLORIDRATO DE BENSERAZIDA 100/25MG (PROLOPA BD) (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	60000
70	LEVODOPA + CLORIDRATO DE BENSERAZIDA 200/50MG (PROLOPA) (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	5000
71	LEVOTIROXINA SÓDICA 25MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	10000
72	LEVOTIROXINA SÓDICA 50MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	10000
73	LIDOCAINA GELEIA TB C/30G	BISNAGA	2000
74	LORATADINA 10MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	12000
75	LOSARTANA 50MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	250000
76	MEBENDAZOL 20MG FR C/30ML	COMPRIMIDO	2000
77	METFORMINA 500MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	100000
78	METFORMINA 850MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	250000
79	METILDOPA 250MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	12000
80	METILDOPA 500MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	30000
81	METOCLOPRAMIDA 10MG COMP (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	5000
82	METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 4MG/ML GOTAS PR C/10ML	FRASCO	1000
83	METRONIDAZOL 250MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	12000
84	METRONIDAZOL 400MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	30000
85	METRONIDAZOL 500MG/5G GELEIA VAGINAL TB C/50 C/14 APLIC	BISNAGA	5000
86	NEOMICINA+BACITRACINA 5MG/G + 250UI/G 10G	BISNAGA	5000
87	NISTANINA 25.000 UI/G CREME VAGINAL TB C/60G + 10 APLIC	BISNAGA	5000
88	NISTANINA SOLUÇÃO 100.000 UI/ML	FRASCO	2000
89	NITRATO DE MICONAZOL 2% CREME VAGINAL 80G C/APLIC	BISNAGA	2000
90	NITROFURANTONA 100MG (CAIXA HOSPITALAR)	CÁPSULA	7000
91	ÓLEO MINERAL FR C/100ML	FRASCO	250
92	OMEPRAZOL 20MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	100000



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DO CRUZ
CNPJ – 08.767.154/0001-15
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

93	PARACETAMOL 200MG GOTAS FR C/15ML	FRASCO	5000
94	PARACETAMOL 500 MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	100000
95	POLIVITAMICO (COMPLEXO B) 100ML	FRASCO	4000
96	PREDNISOLONA SOL. ORAL 3MG/ML FR C/60ML	FRASCO	2000
97	PREDNISONA 20MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	70000
98	PREDNISONA 5MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	50000
99	PROMETAZINA 25MG COMP. (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	50000
100	ROSUVASTATINA CALCICA 10MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	15000
101	ROSUVASTATINA CALCICA 20MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	30000
102	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL EM PÓ ENV C/27,9G	ENVELOPE	5000
103	SICCINATO DE METOPROLOL 25MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	12000
104	SINVASTATINA 20 MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	80000
105	SINVASTATINA 40 MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	60000
106	SUCCINATO DE METOPROLOL 50 MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	10000
107	SUCCINATO DE SOLIFENACINA 10MG (VESICARE) (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	1000
108	SULFADIAZINA DE PRATA POM TB C/50G	BISNAGA	3000
109	SULFAMETAXAZOL + TRIMETROPINA 40+8MG/ML FR C/100ML	FRASCO	3000
110	SULFAMETAXAZOL + TRIMETROPINA 400+800MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	40000
111	SULFATO FERROSO COMP. 40MG (CAIXA HOSPITALAR)	COMPRIMIDO	100000
112	SULFATO DE SALBUTAMOL 100 MCG/JATO-DOSE	TUBO	500
113	AMBROXOL 15MG/5ML 100 ML PEDIÁTRICO	FRASCO	5000
114	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 60MG/100ML	FRASCO	5000
115	RIVAROXABANA 20MG	COMPRIMIDO	9000

4.1 Estimativa realizada com base na licitação anterior: (x) SIM () NÃO

4.2 Houve acréscimo de quantitativo para alguns itens com base na licitação anterior:

(x) SIM () NÃO

4.3 Houve redução de quantitativo para alguns itens com base na licitação anterior:

(x) SIM () NÃO



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DO CRUZ
CNPJ – 08.767.154/0001-15
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

4.4 Houve acréscimo de item/lote com base na licitação anterior: () SIM* (x) NÃO

4.5 Houve exclusão de item/lote com base na licitação anterior: () SIM* (x) NÃO

5- Estimativa de Valor (obrigatório):

7.1 A Estimativa do valor da Contratação é de dois milhões quinhentos e noventa e quatro mil setecentos e quarenta e um reais.

7.2 A estimativa foi realizada através de consulta ao mercado: (x) SIM () NÃO

7.3 A estimativa foi realizada com base nos valores liquidados na licitação anterior: (x) SIM () NÃO

6- Justificativa para o Parcelamento ou não (obrigatório):

8.1 Adoção do Sistema de Registro de Preço: (x) SIM () NÃO

8.2 Adoção do Agrupamento de Itens: () SIM* (x) NÃO

*Justificativa:

7- Posicionamento Conclusivo (viabilidade da Contratação) - (obrigatório):

13.1 Há posicionamento favorável a contratação: (x) SIM () NÃO

13.2 Solução apontada (especificar):

Contratação por meio de processo licitatório na modalidade de Pregão Eletrônico para Sistema de Registro de Preço, devendo ser realizado por item, visando propiciar a ampla participação de licitantes que, embora não dispondo de capacidade para o fornecimento ou aquisição da totalidade do objeto, possam fazê-lo com relação a itens. A contratação é indispensável para atender a demanda em tela.



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DO CRUZ
CNPJ – 08.767.154/0001-15
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Brejo do Cruz-PB, 17 de Janeiro 2024.

Tawana Oliveira dos Santos



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 8858-3796-A4EC-AEB1

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



TAWANA OLIVEIRA DOS SANTOS (CPF 069.XXX.XXX-80) em 10/04/2024 15:24:50 (GMT-03:00)

Papel: Assinante

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://brejodocruz.1doc.com.br/verificacao/8858-3796-A4EC-AEB1>