



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

TERMO DE REFERÊNCIA

1- INTRODUÇÃO

1.1. A elaboração do Termo de Referência, consoante disposto no art. 18 da Lei Federal nº 14.133/2021, o presente Termo de Referência destina-se à formalização da primeira etapa do planejamento da contratação pública em apreço;

1.2. Demonstrar-se-á neste documento a caracterização do interesse público na contratação em tela, tendo presente as características do objeto e a indubitável necessidade da futura avença;

1.3. Como instrumento que antecede à elaboração do Edital, o Termo de Referência ora elaborado demonstrará, ainda, que a contratação em comento constitui a melhor solução para a necessidade pública intentada pela Administração Municipal.

2- DO OBJETO

2.1. Constitui objeto deste instrumento a Contratação de empresa especializada no fornecimento parcelado de medicamento atenção básica, hospitalar e controle especial destinado ao Fundo Municipal de Saúde do Município de Santa Cruz da Baixa Verde(PE), tendo em vista a necessidade de abastecimento da rede municipal de saúde do município, conforme estabelecido neste Estudo Técnico Preliminar e no Termo de Referência, anexos.

3 – DAS CONDIÇÕES GERAIS DA CONTRATAÇÃO

3.1. A realização de processo de Pregão de forma Eletrônica de licitação para a futura aquisição deste objeto se justifica face ao interesse público presente na utilização do produto para a prevenção e perfeito funcionamento da Unidades de Saúde desta Administração Pública Municipal, a fim de garantir a melhor qualidade de vida na nossa população.

3.2. A contratação de empresa para fornecimento de Medicamentos deve-se à necessidade de promover a ao atendimento pontual e de emergência, motivada pela necessidade premente de colocar em funcionamento as Unidades Municipais de Saúde em apreço, que estará executando os serviços de essenciais para nossa população, visando manter as unidades de saúde sob a responsabilidade da Secretaria de Municipal de Saúde, em condições ideais de funcionamento, garantindo a segurança dos usuários.

3.2. O prazo de vigência da contratação é de 12 (dode) meses, contados da data de sua assinatura.



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

3.3. O valor do contrato será fixo e irrevogável, mormente em face do ora avençado e das características inerentes ao objeto.

4. FUNDAMENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

4.1. A Fundamentação da Contratação encontra-se pormenorizada em Tópico específico do Estudo Técnico Preliminar.

5. DA DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO CONSIDERADO O CICLO DE VIDA DO OBJETO

5.1. A descrição da solução como um todo encontra-se pormenorizada em tópico específico do Estudo Técnico Preliminar.

MEDICAMENTOS ATENÇÃO BÁSICA

ITEM	ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO	UND	QTD
1	ACICLOVIR 50MG/G	UN	2000
2	ACICLOVIR, DOSAGEM: 200 MG	UN	2500
3	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100 MG	UN	200000
4	Acido acetilsalicílico 500	UN	10000
5	ÁCIDO ASCÓRBICO, DOSAGEM: 500 MG	UN	60000
6	ÁCIDO ASCÓRBICO, DOSAGEM: 200 MG,ML, TIPO USO: SOLUÇÃO ORAL - FRASCO 20 ML	FR	10000
7	ÁCIDO FÓLICO, DOSAGEM: 5 MG	UN	35000
8	ÁCIDO FOSFORICO P/RESINA COM 3	UN	120
9	ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS, COMPOSIÇÃO: COMPOST O DOS ÁCIDOS CAPRÍLICO, CÁPRICO, LÁURICO, COMPONENTES: LINOLÉICO, LECITINA DE SOJA, APRESENTAÇÃO: ASSOCI ADOS COM VITAMINAS "A" E "E", TIPO:LOÇÃO	FR	500
10	ALBENDAZOL, DOSAGEM: 40 MG,ML, USO: SUSPENSÃO ORAL - FRASCO 10 ML	FR	12000
11	ALBENDAZOL, DOSAGEM: 400 MG	UN	5000
12	AMBROXOL, COMPOSIÇÃO: SAL CLORIDRATO, CONCENTRAÇÃO: 3 MG,ML, FORMA FARMACÊUTICA:XAROPE - FRASCO 100 ML	FR	6000
13	AMBROXOL, COMPOSIÇÃO: SAL CLORIDRATO, CONCENTRAÇÃO: 6 MG,ML, FORMA FARMACÊUTICA:XAROPE - FRASCO 100 ML	FR	6000
14	AMOXICILINA SUSPENSÃO 250MG/5 ML	FR	6000



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

15	AMOXICILINA, PRINCÍPIO ATIVO: ASSOCIADA COM CLAVULANATO DE POTÁSSIO, CONCENTRAÇÃO: 50 MG,ML + 12,5 MG,ML, FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL - FRASCO 100 ML	FR	1250
16	AMOXILINA , CONCENTRAÇÃO DE 500MG	UN	15000
17	ANLODIPINO BESILATO, DOSAGEM: 10 MG	UN	65000
18	ANLODIPINO BESILATO, DOSAGEM: 5 MG	UN	26000
19	ATENOLOL 25MG COMPRIMIDO	UN	62000
20	ATENOLOL, DOSAGEM: 100 MG	UN	30000
21	ATENOLOL, DOSAGEM: 50 MG	UN	30000
22	AZITROMICINA, DOSAGEM: 40 MG,ML, APRESENTAÇÃO: SUSPENSÃO ORAL - FRASCO 15 ML	FR	1250
23	AZITROMICINA, DOSAGEM: 500 MG	UN	24000
24	BROMOPRIDA, DOSAGEM:4 MG/ML, APRESENTAÇÃO:GOTAS	FR	10000
25	BUDESONIDA 32MCG	UN	500
26	BUDESONIDA 50MCG	UN	500
27	CAPTOPRIL 25MG	UN	80000
28	CAPTOPRIL 50 MG	UN	30000
29	CARVÃO ATIVADO, FORMA FARMACÊUTICA:EM PÓ	PT	5
30	CARVEDILOL 12,5 MG	UN	6000
31	CARVEDILOL 25 MG	UN	7000
32	CARVEDILOL 3,125MG	UN	12000
33	CARVEDILOL, DOSAGEM: 6,25 MG	UN	7500
34	CEFALEXINA, DOSAGEM: 50 MG,ML, FORMA FARMACÊUTICA: PÓ P, SUSPENSÃO ORAL - FRASCO 60 ML	FR	12000
35	CEFALEXINA, DOSAGEM: 500 MG	UN	36000
36	CETOCONAZOL, DOSAGEM: 20 MG,G, FORMA FARMACÊUTICA: CREME TÓPICO - BISNAGA 30 GRAMAS	BS	1400
37	CIPROFLOXACINO CLORIDRATO, DOSAGEM: 500 MG	UN	35000
38	CLOPIDOGREL 75 MG	UN	2000
39	CLORETO DE SÓDIO 0,9%	UN	5000
40	COLAGENASE, APRESENTAÇÃO: ASSOCIADA COM CLORANFENICOL, CONCENTRAÇÃO: 0,6UI + 1%, USO: POMADA - BISNAGA 30 GRAMAS	BS	200
41	DEXAMETASONA CREME 1 MG	UN	6000
42	DEXAMETASONA, DOSAGEM: 0,1 MG,ML, APRESENTAÇÃO: ELIXIR - FRASCO 120ML	FR	1600



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

43	DEXAMETASONA, DOSAGEM: 0,1%, APRESENTAÇÃO: CREME - BISNAGA 10 G	BS	4000
44	DEXCLORFENIRAMINA MALEATO, DOSAGEM: 0,4 MG,ML, APRESENTAÇÃO: SOLUÇÃO ORAL - FRASCO 100 ML	FR	8000
45	DEXCLORFERINAMINA 2 MG	UN	2000
46	DIPIRONA SÓDICA, DOSAGEM: 500 MG	UN	85000
47	DIPIRONA SÓDICA, DOSAGEM: 500 MG - FRASCO 10 ML	FR	7000
48	ENALAPRIL 10MG COMPRIMIDO	UN	30000
49	ENALAPRIL 20MG COMPRIMIDO	UN	25000
50	ENALAPRIL MALEATO, DOSAGEM: 5 MG	UN	3760
51	ESCOPOLAMINA 10 MG + DIPIRONA 250 MG	UN	36000
52	ESCOPOLAMINA BUTILBROMETO, DOSAGEM: 10 MG	UN	10000
53	ESPIRONOLACTONA, DOSAGEM: 25 MG	UN	24000
54	FLUCONAZOL, DOSAGEM: 150 MG	UN	10000
55	FUROSEMIDA, DOSAGEM: 40 MG	UN	50000
56	GLIBENCLAMIDA 5 MG	UN	120000
57	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG	UN	120000
58	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG	UN	30000
59	HIDROGEL COM ALGINATO BISNAGA	BS	1500
60	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO, INDICAÇÃO: 62MG - FRASCO 100 ML	FR	4000
61	HIDROXIZINA CLORIDRATO, CONCENTRAÇÃO: 2 MG,ML, FORMA FARMACEUTICA: SOLUÇÃO ORAL - FRASCO 120 ML	FR	1000
62	IBUPROFENO 20 MG /ML	FR	500
63	IBUPROFENO 300 MG	UN	25000
64	IBUPROFENO, DOSAGEM: 50 MG,ML, FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL -FRASCO 30 ML	FR	10000
65	IBUPROFENO, DOSAGEM: 600 MG	UN	25000
66	IPRATRÓPIO BROMETO, DOSAGEM: 0,25 MG,ML, USO: SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO - FRASCO 20 ML	FR	600
67	ISOSSORBIDA 10 MG	FR	2000
68	ISOSSORBIDA 5 MG	UN	2000
69	IVERMECTINA 6 MG	UN	5000
70	LIDOCAÍNA CLORIDRATO, DOSAGEM: 5%, APRESENTAÇÃO: POMADA - BISNAGA 25 G	BS	1000
71	LIDOCAÍNA CLORIDRATO, DOSAGEM: 2%, APRESENTAÇÃO: POMADA - BISNAGA 30 G	BS	1000



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

72	LORATADINA 10 MG	UN	2000
73	LOSARTANA POTÁSSICA, DOSAGEM: 50 MG	UN	400000
74	MEBENDAZOL 100 MG	UN	9000
75	MEBENDAZOL 20 MG	UN	5000
76	METFORMINA 500MG	UN	10000
77	METFORMINA CLORIDRATO, DOSAGEM: 850 MG	UN	300000
78	METILDOPA 250 MG	UN	5000
79	METILDOPA, DOSAGEM: 500 MG	UN	5000
80	METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO, DOSAGEM: 4 MG,ML, APRESENTAÇÃO: SOLUÇÃO ORAL - FRASCO 10 ML	FR	2000
81	METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO, DOSAGEM: 10 MG	UN	13000
82	METRONIDAZOL CREME VAGINAL 5 %	UN	1500
83	METRONIDAZOL, CONCENTRAÇÃO: 100 MG,G, FORMA FARMACEUTICA: CREME VAGINAL, CARACTERÍSTICA ADICIONAL: COM APLICADOR - BISNAGA 50 G	BS	9000
84	METRONIDAZOL, DOSAGEM: 250 MG	UN	30000
85	MICONAZOL NITRATO 2% 40 G GEL ORAL	BS	4800
86	MICONAZOL NITRATO, DOSAGEM: 20 MG,G, APRESENTAÇÃO: CREME VAGINAL - BISNAGA 28 G	BS	4800
87	MICONAZOL NITRATO, DOSAGEM: 20 MG,G, APRESENTAÇÃO: GEL ORAL - BISNAGA 28 G	BS	5000
88	NEOMICINA, COMPOSIÇÃO: ASSOCIADA COM BACITRACINA, CONCENTRAÇÃO: 5MG + 250UI,G, TIPO MEDICAMENTO: POMADA - BISNAGA 10 G	BS	6000
89	NIFEDIPINO, DOSAGEM: 20 MG	UN	10000
90	NIMESULIDA, DOSAGEM: 100 MG	UN	20000
91	NIMESULIDA, DOSAGEM: 50 MG,ML, APRESENTAÇÃO: SOLUÇÃO ORAL - GOTAS - FRASCO 15 ML	UN	2000
92	NISTANTINA CREME VAGINAL60 G	BS	2000
93	NISTATINA, DOSAGEM: 100.000 UI,ML, APRESENTAÇÃO: SUSPENSÃO ORAL - FRASCO 50 ML	FR	5000
94	NISTATINA, DOSAGEM: 25.000 UI,G, APRESENTAÇÃO: CREME VAGINAL COM APLICADOR - BISNAGA 60 G	BS	8000
95	OLEO CICATRIZANTE AGE FRASCO	FR	1500
96	ÓLEO MINERAL 100% PURO FR C/100ML	UN	2000



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

97	OMEPRAZOL 40MG COMPRIMIDO	UN	20000
98	OMEPRAZOL, CONCENTRAÇÃO: 20 MG	UN	60000
99	PARACETAMOL, DOSAGEM COMPRIMIDO: 500 MG	UN	100000
100	PARACETAMOL, DOSAGEM SOLUÇÃO ORAL: 100 MG,ML, APRESENTAÇÃO: SOLUÇÃO ORAL - FRASCO 15 ML	FR	6000
101	PASTA-D'ÁGUA 120ml	FR	300
102	POLIVITAMÍNICO FR 240ML	UN	3000
103	PREDNISOLONA, COMPOSIÇÃO: FOSFATO SÓDICO, CONCENTRAÇÃO: 3 MG,ML, FORMA FARMACEUTICA: SOLUÇÃO ORAL - FRASCO 60 ML	FR	2000
104	PREDNISONA, DOSAGEM: 20 MG	UN	30000
105	PROMETAZINA 25 MG	UN	26000
106	PROPRANOLOL CLORIDRATO, DOSAGEM: 40 MG	UN	44000
107	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL, PÓ, COMPOSTO POR: CLORETO SÓDIO 3,5G + GLICOSE 20G, + CITRATO DE SÓDIO 2,9G + CLORETO DE POTÁSSIO 1,5G, PARA 1.000ML DE SOLUÇÃO PRONTA, SEGUNDO PADRÃO OMS.	SCH	800
108	SALBUTAMOL, DOSAGEM: 100MCG,DOSE, FORMA FARMACÊUTICA: AEROSOL ORAL - FRASCO 200 DOSES	FR	2400
109	SALBUTAMOL, DOSAGEM: 0,4 MG,ML, FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE - FRASCO 120 ML	FR	700
110	SIMETICONA 125 MG	UN	1200
111	SIMETICONA 75 MG	UN	7000
112	SINVASTATINA, DOSAGEM: 20 MG	UN	60000
113	SINVASTATINA, DOSAGEM: 40 MG	UN	40000
114	SULFADIAZINA DE PRATA 1% 50G	BS	600
115	SULFADIAZINA, PRINCÍPIO ATIVO:DE PRATA, DOSAGEM:1%, INDICAÇÃO:CREME 400G	PT	150
116	SULFAMETOXAZOL 400MG + TRIMETROPRIMA 80MG	UN	5000
117	SULFAMETOXAZOL,COMPOSIÇÃO: ASSOCIADO À TRIMETOPRIMA, CONCENTRAÇÃO: 40MG + 8MG/ML, FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL	FR	600
118	SULFATO FERROSO 125MG/ML GOTAS	FR	6250
119	SULFATO FERROSO COMPRIMIDO	UN	32000
120	SULFATO FERROSO, DOSAGEM FERRO: 25MG,ML DE FERRO II, FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL-GOTAS - FRASCO 100 ML	FR	1000



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

121	VITAMINAS DO COMPLEXO B, COMPOSIÇÃO BÁSICA: COMPOSIÇÃO MÍNIMA DE VITAMINAS: B1,B2,B3,B5 E B6, FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE	FR	3000
-----	--	----	------

MEDICAMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA INJETÁVEIS

1	ÁCIDO ASCÓRBICO, DOSAGEM:100 MG/ML,	AMP	10000
2	ÁCIDO TRANEXÂMICO 50 MG 5ML	AMP	900
3	ADENOSINA 3 MG / ML AMPOLA C/2 ML	AMP	500
4	ADRENALINA INJ	AMP	1000
5	ÁGUA PARA INJEÇÃO BI- DESTILADA 10 ML	AMP	60000
6	AMICACINA 2 ML 500 MG	AMP	500
7	AMIODARONA 50MG /ML	AMP	500
8	AMPICILINA SÓDICA PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 1G	AMP	1200
9	ATROPINA 0,50 MG /ML	AMP	200
10	ATROPINA INJETÁVEL 0,25 MG /ML	AMP	800
11	BENZETACIL 600 MG INJ	AMP	1200
12	BENZILPENICILINA BENZATINA 600.00 UI S/D BUTIBROMETO DE ESCOPOLAMINA	AMP	3000
13	BENZILPENICILINA, APRESENTAÇÃO BENZATINA, DOSAGEM 1.200.000UI, USO INJETÁVEL	AMP	4000
14	BENZILPENICILINA, APRESENTAÇÃO: BENZATINA, DOSAGEM: 1.200.000UI, USO: INJETÁVEL	AMP	12000
15	BROMOPRIDA 5 MG 2 ML	AMP	5000
16	CEFALOTINA 1 G FRASCO AMPOLA	AMP	800
17	CEFTRIAXONA 1 G FRASCO AMPOLA COM DILUENTE (COTA PRINCIPAL 80%)	AMP	5000
18	CEFTRIAXONA 1 G FRASCO AMPOLA COM DILUENTE (COTA RESERVADA 20%)	AMP	3000
19	CETOPROFENO 50MG/2 ML	AMP	5000
20	CETOPROFENO, CONCENTRAÇÃO: 100 MG, FORMA FARMACEUTICA: PÓ LIOFILIZADO P/ SOLUÇÃO INJETÁVEL.	AMP	4000
21	CIPROFLOXACINO CLORIDRATO, DOSAGEM 2 MG BOLSA 100ML	FR	4000
22	CLINDAMICINA 150 MG FRASCO AMPOLA	AMP	800
23	CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% 10 ML	FR	600
24	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 10 ML	FR	400
25	CLORETO DE SÓDIO 20 % 10 ML	FR	400
26	DEXAMETASONA 2 MG	AMP	10000
27	DEXAMETASONA 4 MG	AMP	15000



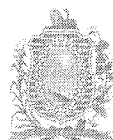
ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

28	FITOMENADIONA, DOSAGEM:10 MG/ML, INJETÁVEL - VITAMINA K	AMP	4000
29	FUROSEMIDA 10 MG - AMP. 2 ML	AMP	4500
30	GENTAMICINA 80MG 2ML	AMP	3000
31	GLICERINA CLÍSTER COM APLICADOR	FR	1000
32	GLICONATO DE CÁLCIO 10% AMPOLA C/10 ML	AMP	400
33	GLICOSE 5 % FRASCO 500ML SIST FEC HADO (COTA RESERVADA 20%)	FR	1500
34	GLICOSE 50% X 10ML SOL INJ	AMP	8000
35	HEPARINA 5.000 UI /0,25 ML VIA SUBCUTÂNEA USO ADULTO E PEDIÁTRICO	AMP	500
36	HIDRALAZINA 2MG/ML	AMP	2000
37	HIDROCORTISONA, PRINCÍPIO ATIVO: 100MG, APRESENTAÇÃO: INJETÁVEL	AMP	2000
38	HIDROCORTISONA, PRINCÍPIO ATIVO: 500MG, APRESENTAÇÃO: INJETÁVEL	AMP	2000
39	LEVOFLOXACINO 5 MG INJETÁVEL	AMP	1000
40	MANITOL 20% FRASCO AMPOLA	FR	30
41	METILERGOMETRINA 0,2 MG/ ML	AMP	500
42	METOCLOPRAMIDA 5 MG - AMP. 2 ML	AMP	6200
43	METRONIDAZOL 5 MG FRASCO AMPOLA	AMP	720
44	NITROGLICERINA 5 MG/ML	AMP	100
45	NOREPINEFRINA MONOIDRATADA 2MG/ML 4ML	AMP	1000
46	OMEPRAZOL, CONCENTRAÇÃO: 40 MG, USO: INJETÁVEL - FRASCO AMPOLA	AMP	2100
47	OMEPRAZOL, CONCENTRAÇÃO: 40 MG, USO: INJETÁVEL - FRASCO AMPOLA (COTA PRINCIPAL 80%)	AMP	2100
48	OMEPRAZOL, CONCENTRAÇÃO: 40 MG, USO: INJETÁVEL - FRASCO AMPOLA (COTA RESERVADA 20%)	AMP	2000
49	ONDANSETRONA 4 MG /2 ML	AMP	5000
50	OXITOCINA 5UI/ML 1ML	AMP	500
51	PERMETRINA 50% FR 60ML	FR	1200
52	PROMETAZINA 25MG/ML	AMP	4000
53	SOLUÇÃO DE RINGER COM LACTATO - 500 ML SIST FECHADO - (COTA EXCLUSIVA - AMPLA CONCORRÊNCIA - 75%)	FR	7500
54	SOLUÇÃO DE RINGER COM LACTATO - 500 ML SIST FECHADO - (COTA EXCLUSIVA - ME / EPP - 25%)	FR	2500
55	SORO GLICOSADO 5 % FRASCO 250ML SIST FEC HADO	FR	500
56	SORO GLICOSADO 5 % FRASCO 250ML SIST FEC HADO (COTA PRINCIPAL 80%)	FR	3000
57	SORO GLICOSADO 5 % FRASCO 500ML SIST FEC HADO (COTA RESERVADA 80%)	FR	5000
58	sulfato de magnésio 10% injetável	AMP	600



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

59	SULFATO DE MAGNESIO A 50% INJETÁVEL	AMP	800
60	TENOXICAM 20MG FRASCO AMPOLA	AMP	5000
61	TENOXICAM 40MG FRASCO AMPOLA	AMP	3000
62	VITAMINA DO COMPLEXO - B - AMP. 2 ML	AMP	8000

MEDICAMENTOS DE CONYTROLE ESPECIAL

ITEM	ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO	UND	QTD
1	ALPRAZOLAN 1 MG	CP	5000
2	ALPRAZOLAN 2MG	CP	3000
3	BIPERIDENO 5MG/ML	AMP	600
4	BIPERIDENO, CLORIDRATO 2 MG	CP	60000
5	BROMAZEPAN 6 MG	CP	20000
6	CARBAMAZEPINA 20 MG/ML SUSPENSÃO ORAL - 100 ML	FR	600
7	CARBAMAZEPINA 200 MG	CP	60000
8	CARBAMAZEPINA 400MG	CP	20000
9	CARBONATO DE LÍTIO 300 MG	CP	60000
10	CITALOPRAM 20 MG	CP	4000
11	CLOBAZAN	CP	1000
12	CLONAZEPAM 0,5 MG	CP	30000
13	CLONAZEPAM 2 MG	CP	60000
14	CLONAZEPAM, DOSAGEM 2,5 MG/ML	FR	1000
15	Cloridrato de amitriptilina 25 mg.	CP	80000
16	CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25 MG	CP	20000
17	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 100 MG	CP	45000
18	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 40 MG/ML	FR	80
19	CLOZAPINA, DOSAGEM:25 MG	CP	1000
20	CLOZAPINA, DOSAGEM:50 MG	CP	1000
21	DIAZEPAM 5 MG	CP	10000
22	DIAZEPAN 10 MG	CP	30000
23	DIAZEPAN 5 MG	CP	15000
24	ESCITALOPRAM OXALATO, DOSAGEM:10 MG	CP	60000
25	FENITOÍNA SÓDICA 100 MG	CP	35000
26	FENITOÍNA SÓDICA, DOSAGEM:20 MG/ML, APRESENTAÇÃO:SUSPENSÃO ORAL	FR	500



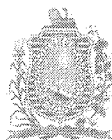
ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

27	FENOBARBITAL 100 MG	CP	80000
28	FENOBARBITAL 40 MG/ ML SOLUÇÃO ORAL - 20 ML	FR	250
29	FLUOXETINA 20 MG	CP	80000
30	GABAPENTINA 300MG	CP	10000
31	HALOPERIDOL 2 MG	CP	45000
32	HALOPERIDOL 2 MG/ML	FR	200
33	HALOPERIDOL 5 MG	CP	30000
34	LAMOTRIGINA 25 MG	CP	1000
35	LAMOTRIGINA, DOSAGEM:100 MG	CP	6000
36	LAMOTRIGINA, DOSAGEM:50 MG	CP	10000
37	LEVETIRACETAM, CONCENTRAÇÃO:250 MG	CP	5000
38	LEVETIRACETAM, CONCENTRAÇÃO:500 MG	CP	1000
39	LEVOMEPROMAZINA 100 MG	CP	40000
40	LEVOMEPROMAZINA 25 MG	CP	40000
41	LEVOMEPROMAZINA 4% C/ 20 ML	FR	450
42	LORAZEPAN 2 MG	CP	6000
43	Midazolam Hipolabor 5mg/mL	CP	6000
44	MORFINA, APRESENTAÇÃO:SULFATO, CONCENTRAÇÃO:10MG	CP	8000
45	OLANZAPINA, DOSAGEM:10 MG	FR	300
46	OLANZAPINA, DOSAGEM:2,5 MG	CP	8000
47	OLANZAPINA, DOSAGEM:5 MG	FR	300
48	OXCARBAMAZEPINA 300MG	CP	1000
49	OXCARBAZEPINA 600 MG	CP	1000
50	OXCARBAZEPINA, DOSAGEM:300 MG	CP	3000
51	OXCARBAZEPINA 600 MG	CP	1000
52	PARACETAMOL, APRESENTAÇÃO:ASSOCIADO COM CODEINA, DOSAGEM:30MG + 500MG	CP	15000
53	PERICIAZINA 4% C/ 20 ML	FR	600
54	PERICIAZINA, DOSAGEM:10 MG/ML, FARMACÊUTICA:SOLUÇÃO ORAL - GOTAS	FR	500
55	PERICIAZINA, DOSAGEM:40 MG/ML, FARMACÊUTICA:SOLUÇÃO ORAL - GOTAS	FR	500
56	PREGABALINA 150 MG	CP	10000
57	PREGABALINA 75 MG	CP	10000
58	QUETIAPINA, CONCENTRAÇÃO:25 MG	CP	15000
59	QUETIAPINA, DOSAGEM:100 MG	CP	15000
60	QUETIAPINA, DOSAGEM:50 MG	CP	15000
61	RIPERIDONA 1 MG	CP	25000



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

62	RISPERIDONA 2 MG	CP	25000
63	RISPERIDONA 3 MG	CP	25000
64	RISPERIDONA GTS 1 MG /ML 30 ML	FR	25000
65	SERTRALINA 50 MG	CP	80000
66	Succinilcolina 100 MG/ML	CP	15000
67	TOPIRAMATO 100 MG	CP	10000
68	TOPIRAMATO 25 MG	CP	30000
69	TOPIRAMATO 50 MG	CP	10000
70	TRAMADOL CLORIDRATO, DOSAGEM:50 MG, FORMA FARMACÊUTICA:LIBERAÇÃO LENTA	CP	8000
71	VALPROATO DE SÓDIO 250 MG	CP	12000
72	VALPROATO DE SÓDIO 250 MG/5ML - 100 ML- XAROPE	FR	800
73	VALPROATO DE SÓDIO 500 MG	CP	20000
74	VENLAFAXINA 75 NG	CP	10000
75	ZOLPIDEN 10 MG	CP	1000

MEDICAMENTOS DE CONTROLE ESPECIAL INJETAVEL

ITEM	ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO	UND	QTD
1	CETAMINA CLORIDRATO, DOSAGEM: 50 MG/ML, APLICAÇÃO: SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMP	100
2	CLORIDRATO DE PETIDINA DOLOSAL 50 MG COM 2 ML (DOLANTINA OU SIMILAR) AMP	AMP	150
3	CLORPROMAZINA 25 MG/5ML	AMP	500
4	DIAZEPAN 10 MG INJ AMPOLA 2ML	AMP	3000
5	DOPAMINA 5MG/ML. AMP. 10ML. - DOPAMINA, CLORIDRATO DE 5MG/ML	AMP	500
6	Etomidato (Injetável 2 mg/mL)	AMP	40
7	FENITOINA 50MG/ML IM/IV SOL. INJ. 5MLAMPOLA COM 5 ML DE FENITOÍNA 50 MG/ML, EM SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMP	300
8	FENOBARBITAL SÓDICO, DOSAGEM 100 MG/ML, FORMA FARMACÊUTICA SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMP	5000
9	FENTONIL Solução injetável de 78,5 mcg/mL de citrato de fentanila	AMP	300
10	GLUCONATO DE CÁLCIO 10% C/ 10ML	AMP	600
11	HALOPERIDOL DECANOATIO 70,2ML/ML	AMP	200
12	HALOPERIDOL, solucao injetavel 5mg/mL, ampola 1m	AMP	1000
13	MORFINA , APRESENTAÇÃO SOLFATO CONCENTRAÇÃO 0,2MG/ML, FORMA FARMACEUTICA SOLUÇÃO INJETAVEL	AMP	1500
14	MORFINA 10 MG	AMP	1200



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

15	TRAMADOL 50 MG/ML 1 ML	AMP	3000
----	------------------------	-----	------

6. DOS REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

6.1. VISTORIA

6.1.1. Não há necessidade de realização de avaliação prévia do local de execução do serviço, sobretudo em face das peculiaridades da execução do objeto.

6.2. DA SUBCONTRATAÇÃO

6.2.1. É vedada a subcontratação total ou parcial do objeto contratado, exceto na hipótese de serviço secundário que não integre a essência do objeto, desde que expressamente autorizada pelo Contratante, mantida em qualquer caso a integral responsabilidade do Contratado.

6.3. DA GARANTIA DA CONTRATAÇÃO

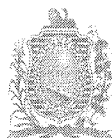
6.3.1. Não haverá exigência da garantia da contratação dos artigos 96 e seguintes da Lei nº 14.133, de 2021, pelas razões constantes do Estudo Técnico Preliminar.

7. DO MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

7.1. Regime de execução: empreitada por preço global.

7.2. O fornecimento dos Medicamentos contratados deverá obedecer a todos os prazos de validade, critérios de embalagem e acondicionamento, além da metodologia da entrega não superior a 03 (três) dias úteis com obediência aos prazos e locais estipulados pelo Município, conforme especificações e quantitativos descritos neste Termo de Referência, conforme segue:

ITEM	ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO	UND	QTD	VALOR UNIT. ESTIMADO	VALOR TOTAL ESTIMADO
1	ACICLOVIR 50MG/G	UN	2.000	R\$ 5,26	R\$ 10.520,00
2	ACICLOVIR, DOSAGEM: 200 MG	UN	2.500	R\$ 0,39	R\$ 975,00
3	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100 MG	UN	200.000	R\$ 0,07	R\$ 14.000,00
4	Acido acetilsalicílico 500	UN	10.000	R\$ 0,34	R\$ 3.400,00
5	ÁCIDO ASCÓRBICO, DOSAGEM: 500 MG	UN	60.000	R\$ 0,33	R\$ 19.800,00



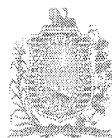
ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

6	ÁCIDO ASCÓRBICO, DOSAGEM: 200 MG,ML, TIPO USO: SOLUÇÃO ORAL - FRASCO 20 ML	FR	10.000	R\$ 5,62	R\$ 56.200,00
7	ÁCIDO FÓLICO, DOSAGEM: 5 MG	UN	35.000	R\$ 14,05	R\$ 491.750,00
8	ÁCIDO FOSFORICO P/RESINA COM 3	UN	120	R\$ 73,13	R\$ 8.775,60
9	ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS, COMPOSIÇÃO: COMPOSTO DOS ÁCIDOS CAPRÍLICO, CÁPRICO, LÁURICO, COMPONENTES: LINOLÊICO, LECITINA DE SOJA, APRESENTAÇÃO: ASSOCIADOS COM VITAMINAS "A" E "E", TIPO:LOÇÃO	FR	500	R\$ 6,54	R\$ 3.270,00
10	ALBENDAZOL, DOSAGEM: 40 MG,ML, USO: SUSPENSÃO ORAL - FRASCO 10 ML	FR	12.000	R\$ 2,28	R\$ 27.360,00
11	ALBENDAZOL, DOSAGEM: 400 MG	UN	5.000	R\$ 1,11	R\$ 5.550,00
12	AMBROXOL, COMPOSIÇÃO: SAL CLORIDRATO, CONCENTRAÇÃO: 3 MG,ML, FORMA FARMACÊUTICA:XAROPE - FRASCO 100 ML	FR	6.000	R\$ 4,45	R\$ 26.700,00
13	AMBROXOL, COMPOSIÇÃO: SAL CLORIDRATO, CONCENTRAÇÃO: 6 MG,ML, FORMA FARMACÊUTICA:XAROPE - FRASCO 100 ML	FR	6.000	R\$ 4,86	R\$ 29.160,00
14	AMOXICILINA SUSPENSÃO 250MG/5 ML	FR	6.000	R\$ 6,68	R\$ 40.080,00
15	AMOXICILINA, PRINCÍPIO ATIVO: ASSOCIADA COM CLAVULANATO DE POTÁSSIO, CONCENTRAÇÃO: 50 MG,ML + 12,5 MG,ML, FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL - FRASCO 100 ML	FR	1.250	R\$ 38,55	R\$ 48.187,50
16	AMOXILINA , CONCENTRAÇÃO DE 500MG	UN	15.000	R\$ 0,28	R\$ 4.200,00
17	ANLÓDIPINO BESILATO, DOSAGEM: 10 MG	UN	65000	R\$ 0,09	R\$ 5.850,00



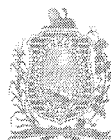
ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

18	ANLÓDIPINO DOSAGEM: 5 MG	BESILATO, UN	26000	R\$ 0,05	R\$ 1.300,00
19	ATENÓLOL 25MG COMPRIMIDO	UN	62000	R\$ 0,06	R\$ 3.720,00
20	ATENÓLOL, DOSAGEM: 100 MG	UN	30000	R\$ 0,25	R\$ 7.500,00
21	ATENÓLOL, DOSAGEM: 50 MG	UN	30000	R\$ 0,10	R\$ 3.000,00
22	AZITROMICINA, DOSAGEM: 40 MG,ML, APRESENTAÇÃO: ORAL - SUSPENSÃO ORAL - FRASCO 15 ML	FR	1250	R\$ 13,23	R\$ 16.537,50
23	AZITROMICINA, DOSAGEM: 500 MG	UN	24000	R\$ 1,52	R\$ 36.480,00
24	BROMOPRIDA, DOSAGEM: 4 MG/ML, APRESENTAÇÃO: GOTAS	FR	10000	R\$ 4,53	R\$ 45.300,00
25	BUDESONIDA 32MCG	UN	500	R\$ 20,06	R\$ 10.030,00
26	BUDESONIDA 50MCG	UN	500	R\$ 33,57	R\$ 16.785,00
27	CAPTÓPRIL 25MG	UN	80000	R\$ 0,06	R\$ 4.800,00
28	CAPTÓPRIL 50 MG	UN	30000	R\$ 0,12	R\$ 3.600,00
29	CARVÃO ATIVADO, FORMA FARMACÊUTICA: EM PÓ	PT	5	R\$ 68,85	R\$ 344,25
30	CARVEDILOL 12,5 MG	UN	6000	R\$ 0,16	R\$ 960,00
31	CARVEDILOL 25 MG	UN	7000	R\$ 0,23	R\$ 1.610,00
32	CARVEDILOL 3,125MG	UN	12000	R\$ 0,14	R\$ 1.680,00
33	CARVEDILOL, DOSAGEM: 6,25 MG	UN	7500	R\$ 0,11	R\$ 825,00
34	CEFALEXINA, DOSAGEM: 50 MG,ML, FORMA FARMACÊUTICA: PÓ P, SUSPENSÃO ORAL - FRASCO 60 ML	FR	12000	R\$ 11,86	R\$ 142.320,00
35	CEFALEXINA, DOSAGEM: 500 MG	UN	36000	R\$ 1,05	R\$ 37.800,00
36	CETOCONAZOL, DOSAGEM: 20 MG,G, FORMA FARMACÊUTICA: CREME TÓPICO - BISNAGA 30 GRAMAS	BS	1400	R\$ 5,37	R\$ 7.518,00
37	CIPROFLOXACINO CLORIDRATO, DOSAGEM: 500 MG	UN	35000	R\$ 0,43	R\$ 15.050,00



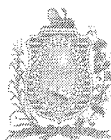
ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

38	CLOPIDOGREL 75 MG	UN	2000	R\$ 0,27	R\$ 540,00
39	CLORETO DE SÓDIO 0,9%	UN	5000	R\$ 6,98	R\$ 34.900,00
40	COLAGENASE, APRESENTAÇÃO: ASSOCIADA COM CLORANFENICOL, CONCENTRAÇÃO: 0,6UI + 1%, USO: POMADA - BISNAGA 30 GRAMAS	BS	200	R\$ 32,62	R\$ 6.524,00
41	DEXAMETASONA CREME 1 MG	UN	6000	R\$ 3,45	R\$ 20.700,00
42	DEXAMETASONA, DOSAGEM: 0,1 MG,ML, APRESENTAÇÃO: ELIXIR - FRASCO 120ML	FR	1600	R\$ 4,58	R\$ 7.328,00
43	DEXAMETASONA, DOSAGEM: 0,1%, APRESENTAÇÃO: CREME - BISNAGA 10 G	BS	4000	R\$ 3,24	R\$ 12.960,00
44	DEXCLORFENIRAMINA MALEATO, DOSAGEM: 0,4 MG,ML, APRESENTAÇÃO: SOLUÇÃO ORAL - FRASCO 100 ML	FR	8000	R\$ 3,48	R\$ 27.840,00
45	DEXCLORFERINAMINA 2 MG	UN	2000	R\$ 0,11	R\$ 220,00
46	DIPIRONA SÓDICA, DOSAGEM: 500 MG	UN	85000	R\$ 0,27	R\$ 22.950,00
47	DIPIRONA SÓDICA, DOSAGEM: 500 MG - FRASCO 10 ML	FR	7000	R\$ 2,33	R\$ 16.310,00
48	ENALAPRIL 10MG COMPRIMIDO	UN	30000	R\$ 0,07	R\$ 2.100,00
49	ENALAPRIL 20MG COMPRIMIDO	UN	25000	R\$ 0,10	R\$ 2.500,00
50	ENALAPRIL MALEATO, DOSAGEM: 5 MG	UN	3760	R\$ 0,10	R\$ 376,00
51	ESCOPOLAMINA 10 MG + DIPIRONA 250 MG	UN	36000	R\$ 0,50	R\$ 18.000,00
52	ESCOPOLAMINA BUTILBROMETO, DOSAGEM: 10 MG	UN	10000	R\$ 2,15	R\$ 21.500,00
53	ESPIRONOLACTONA, DOSAGEM: 25 MG	UN	24000	R\$ 0,71	R\$ 17.040,00
54	FLUCONAZOL, DOSAGEM: 150 MG	UN	10000	R\$ 0,78	R\$ 7.800,00
55	FUROSEMIDA, DOSAGEM: 40 MG	UN	50000	R\$ 0,10	R\$



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

					5.000,00
56	GLIBENCLAMIDA 5 MG	UN	120000	R\$ 0,07	R\$ 8.400,00
57	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG	UN	120000	R\$ 0,05	R\$ 6.000,00
58	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG	UN	30000	R\$ 0,09	R\$ 2.700,00
59	HIDROGEL COM ALGINATO BISNAGA	BS	1500	R\$ 34,58	R\$ 51.870,00
60	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO, INDICAÇÃO: 62MG - FRASCO 100 ML	FR	4000	R\$ 4,74	R\$ 18.960,00
61	HIDROXIZINA CLORIDRATO, CONCENTRAÇÃO: 2 MG,ML, FORMA FARMACEUTICA: SOLUÇÃO ORAL - FRASCO 120 ML	FR	1000	R\$ 8,62	R\$ 8.620,00
62	IBUPROFENO 20 MG /ML	FR	500	R\$ 7,62	R\$ 3.810,00
63	IBUPROFENO 300 MG	UN	25000	R\$ 0,20	R\$ 5.000,00
64	IBUPROFENO, DOSAGEM: 50 MG,ML, FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL - FRASCO 30 ML	FR	10000	R\$ 4,43	R\$ 44.300,00
65	IBUPROFENO, DOSAGEM: 600 MG	UN	25000	R\$ 0,27	R\$ 6.750,00
66	IPRATRÓPIO BROMETO, DOSAGEM: 0,25 MG,ML, USO: SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO - FRASCO 20 ML	FR	600	R\$ 6,23	R\$ 3.738,00
67	ISOSSORBIDA 10 MG	FR	2000	R\$ 0,47	R\$ 940,00
68	ISOSSORBIDA 5 MG	UN	2000	R\$ 0,41	R\$ 820,00
69	IVERMECTINA 6 MG	UN	5000	R\$ 0,50	R\$ 2.500,00
70	LIDOCAÍNA CLORIDRATO, DOSAGEM: 5%, APRESENTAÇÃO: POMADA - BISNAGA 25 G	BS	1000	R\$ 17,67	R\$ 17.670,00
71	LIDOCAÍNA CLORIDRATO, DOSAGEM: 2%, APRESENTAÇÃO: POMADA - BISNAGA 30 G	BS	1000	R\$ 9,34	R\$ 9.340,00
72	LORATADINA 10 MG	UN	2000	R\$ 0,14	R\$ 280,00



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

73	LOSARTANA POTÁSSICA, DOSAGEM: 50 MG	UN	400000	R\$ 0,08	R\$ 32.000,00
74	MEBENDAZOL 100 MG	UN	9000	R\$ 0,54	R\$ 4.860,00
75	MEBENDAZOL 20 MG	UN	5000	R\$ 5,11	R\$ 25.550,00
76	METFORMINA 500MG	UN	10000	R\$ 0,24	R\$ 2.400,00
77	METFORMINA CLORIDRATO, DOSAGEM: 850 MG	UN	300000	R\$ 0,22	R\$ 66.000,00
78	METILDOPA 250 MG	UN	5000	R\$ 0,80	R\$ 4.000,00
79	METILDOPA, DOSAGEM: 500 MG	UN	5000	R\$ 1,26	R\$ 6.300,00
80	METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO, DOSAGEM: 4 MG,ML, APRESENTAÇÃO: SOLUÇÃO ORAL - FRASCO 10 ML	FR	2000	R\$ 3,07	R\$ 6.140,00
81	METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO, DOSAGEM: 10 MG	UN	13000	R\$ 0,10	R\$ 1.300,00
82	METRONIDAZOL CREME VAGINAL 5 %	UN	1500	R\$ 15,17	R\$ 22.755,00
83	METRONIDAZOL, CONCENTRAÇÃO: 100 MG,G, FORMA FARMACEUTICA: CREME VAGINAL, CARACTERÍSTICA ADICIONAL: COM APLICADOR - BISNAGA 50 G	BS	9000	R\$ 11,40	R\$ 102.600,00
84	METRONIDAZOL, DOSAGEM: 250 MG	UN	30000	R\$ 0,34	R\$ 10.200,00
85	MICONAZOL NITRATO 2% 40 G GEL ORAL	BS	4800	R\$ 20,48	R\$ 98.304,00
86	MICONAZOL NITRATO, DOSAGEM: 20 MG,G, APRESENTAÇÃO: CREME VAGINAL - BISNAGA 28 G	BS	4800	R\$ 5,34	R\$ 25.632,00
87	MICONAZOL NITRATO, DOSAGEM: 20 MG,G, APRESENTAÇÃO: GEL ORAL - BISNAGA 28 G	BS	5000	R\$ 16,91	R\$ 84.550,00
88	NEOMICINA, COMPOSIÇÃO: ASSOCIADA COM BACITRACINA, CONCENTRAÇÃO: 5MG + 250UI,G, TIPO MEDICAMENTO: POMADA - BISNAGA 10 G	BS	6000	R\$ 4,31	R\$ 25.860,00



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

89	NIFEDIPINO, DOSAGEM: 20 MG	UN	10000	R\$ 0,21	R\$ 2.100,00
90	NIMESULIDA, DOSAGEM: 100 MG	UN	20000	R\$ 0,13	R\$ 2.600,00
91	NIMESULIDA, DOSAGEM: 50 MG,ML, APRESENTAÇÃO: SOLUÇÃO ORAL - GOTAS - FRASCO 15 ML	UN	2000	R\$ 2,83	R\$ 5.660,00
92	NISTANTINA CREME VAGINAL 60 G	BS	2000	R\$ 11,58	R\$ 23.160,00
93	NISTATINA, DOSAGEM: 100.000 UI,ML, APRESENTAÇÃO: SUSPENSÃO ORAL - FRASCO 50 ML	FR	5000	R\$ 10,06	R\$ 50.300,00
94	NISTATINA, DOSAGEM: 25.000 UI,G, APRESENTAÇÃO: CREME VAGINAL COM APLICADOR - BISNAGA 60 G	BS	8000	R\$ 11,50	R\$ 92.000,00
95	OLEO CICATRIZANTE AGE FRASCO	FR	1500	R\$ 5,15	R\$ 7.725,00
96	ÓLEO MINERAL 100% PURO FR C/100ML	UN	2000	R\$ 6,31	R\$ 12.620,00
97	OMEPRAZOL 40MG COMPRIMIDO	UN	20000	R\$ 0,29	R\$ 5.800,00
98	OMEPRAZOL, CONCENTRAÇÃO: 20 MG	UN	60000	R\$ 0,17	R\$ 10.200,00
99	PARACETAMOL, DOSAGEM: COMPRIMIDO: 500 MG	UN	100000	R\$ 0,13	R\$ 13.000,00
100	PARACETAMOL, DOSAGEM SOLUÇÃO ORAL: 100 MG,ML, APRESENTAÇÃO: SOLUÇÃO ORAL - FRASCO 15 ML	FR	6000	R\$ 2,10	R\$ 12.600,00
101	PASTA-D'ÁGUA 120ml	FR	300	R\$ 7,78	R\$ 2.334,00
102	POLIVITAMÍNICO FR 240ML	UN	3000	R\$ 8,36	R\$ 25.080,00
103	PREDNISOLONA, COMPOSIÇÃO: FOSFATO SÓDICO, CONCENTRAÇÃO: 3 MG,ML, FORMA FARMACEUTICA: SOLUÇÃO ORAL - FRASCO 60 ML	FR	2000	R\$ 8,82	R\$ 17.640,00
104	PREDNISONA, DOSAGEM: 20 MG	UN	30000	R\$ 0,31	R\$ 9.300,00
105	PROMETAZINA 25 MG	UN	26000	R\$ 0,30	R\$ 7.800,00



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

106	PROPRANOLOL CLORIDRATO, DOSAGEM: 40 MG	UN	44000	R\$ 0,08	R\$ 3.520,00
107	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL, PÓ, COMPOSTO POR: CLORETO SÓDIO 3,5G + GLICOSE 20G, + CITRATO DE SÓDIO 2,9G + CLORETO DE POTÁSSIO 1,5G, PARA 1.000ML DE SOLUÇÃO PRONTA, SEGUNDO PADRÃO OMS.	SCH	800	R\$ 1,38	R\$ 1.104,00
108	SALBUTAMOL, DOSAGEM: 100MCG,DOSE, FORMA FARMACÊUTICA: AEROSOL ORAL - FRASCO 200 DOSES	FR	2400	R\$ 24,98	R\$ 59.952,00
109	SALBUTAMOL, DOSAGEM: 0,4 MG,ML, FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE - FRASCO 120 ML	FR	700	R\$ 10,22	R\$ 7.154,00
110	SIMETICONA 125 MG	UN	1200	R\$ 1,44	R\$ 1.728,00
111	SIMETICONA 75 MG	UN	7000	R\$ 3,36	R\$ 23.520,00
112	SINVASTATINA, DOSAGEM: 20 MG	UN	60000	R\$ 0,14	R\$ 8.400,00
113	SINVASTATINA, DOSAGEM: 40 MG	UN	40000	R\$ 0,26	R\$ 10.400,00
114	SULFADIAZINA DE PRATA 1% 50G	BS	600	R\$ 11,81	R\$ 7.086,00
115	SULFADIAZINA, PRINCÍPIO ATIVO:DE PRATA, DOSAGEM:1%, INDICAÇÃO:CREME 400G	PT	150	R\$ 65,85	R\$ 9.877,50
116	SULFAMETOXAZOL 400MG + TRIMETROPRIMA 80MG	UN	5000	R\$ 0,31	R\$ 1.550,00
117	SULFAMETOXAZOL, COMPOSIÇÃO: ASSOCIADO À TRIMETOPRIMA, CONCENTRAÇÃO: 40MG + 8MG/ML, FORMA FARMACÊUTICA: SUSPENSÃO ORAL	FR	600	R\$ 14,00	R\$ 8.400,00
118	SULFATO FERROSO 125MG/ML GOTAS	FR	6250	R\$ 1,72	R\$ 10.750,00
119	SULFATO FERROSO COMPRIMIDO	UN	32000	R\$ 0,07	R\$ 2.240,00



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

120	SULFATO FERROSO, DOSAGEM FERRO: 25MG,ML DE FERRO II, FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO ORAL-GOTAS - FRASCO 100 ML	FR	1000	R\$ 5,00	R\$ 5.000,00
121	VITAMINAS DO COMPLEXO B, COMPOSIÇÃO BÁSICA: COMPOSIÇÃO MÍNIMA DE VITAMINAS: B1,B2,B3,B5 E B6, FORMA FARMACÊUTICA: XAROPE	FR	3000	R\$ 15,90	R\$ 47.700,00
122	ÁCIDO ASCÓRBICO, DOSAGEM:100 MG/ML,	AMP	10000	R\$ 1,13	R\$ 11.300,00
123	ÁCIDO TRANEXÂMICO 50 MG 5ML	AMP	900	R\$ 7,44	R\$ 6.696,00
124	ADENOSINA 3 MG / ML AMPOLA C/2 ML	AMP	500	R\$ 20,70	R\$ 10.350,00
125	ADRENALINA INJ	AMP	1000	R\$ 1,71	R\$ 1.710,00
126	ÁGUA PARA INJEÇÃO BI-DESTILADA 10 ML	AMP	60000	R\$ 0,32	R\$ 19.200,00
127	AMICACINA 2 ML 500 MG	AMP	500	R\$ 7,90	R\$ 3.950,00
128	AMIODARONA 50MG /ML	AMP	500	R\$ 5,25	R\$ 2.625,00
129	AMPICILINA SÓDICA PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 1G	AMP	1200	R\$ 8,73	R\$ 10.476,00
130	ATROPINA 0,50 MG /ML	AMP	200	R\$ 1,77	R\$ 354,00
131	ATROPINA INJETAVÉL 0,25 MG /ML	AMP	800	R\$ 1,50	R\$ 1.200,00
132	BENZETACIL 600 MG INJ	AMP	1200	R\$ 13,74	R\$ 16.488,00
133	BENZILPENICILINA BENZATINA 600.00 UI S/D BUTIBROMETO DE ESCOPOLAMINA	AMP	3000	R\$ 13,95	R\$ 41.850,00
134	BENZILPENICILINA, APRESENTAÇÃO BENZATINA, DOSAGEM 1.200.000UI, USO INJETAVEL	AMP	4000	R\$ 8,50	R\$ 34.000,00
135	BENZILPENICILINA, APRESENTAÇÃO: BENZATINA, DOSAGEM: 1.200.000UI, USO: INJETÁVEL	AMP	12000	R\$ 8,50	R\$ 102.000,00
136	BROMOPRIDA 5 MG 2 ML	AMP	5000	R\$ 2,33	R\$ 11.650,00



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

137	CEFALOTINA 1 G FRASCO AMPOLA	AMP	800	R\$ 8,38	R\$ 6.704,00
138	CEFTRIAXONA 1 G FRASCO AMPOLA COM DILUENTE (COTA PRINCIPAL 80%)	AMP	5000	R\$ 7,85	R\$ 39.250,00
139	CEFTRIAXONA 1 G FRASCO AMPOLA COM DILUENTE (COTA RESERVADA 20%)	AMP	3000	R\$ 7,85	R\$ 23.550,00
140	CETOPROFENO 50MG/2 ML	AMP	5000	R\$ 2,43	R\$ 12.150,00
141	CETOPROFENO, CONCENTRAÇÃO: 100 MG, FORMA FARMACEUTICA: PÓ LIOFILIZADO P/ SOLUÇÃO INJETÁVEL.	AMP	4000	R\$ 6,54	R\$ 26.160,00
142	CIPROFLOXACINO CLORIDRATO, DOSAGEM 2 MG BOLSA 100ML	FR	4000	R\$ 14,83	R\$ 59.320,00
143	CLINDAMICINA 150 MG FRASCO AMPOLA	AMP	800	R\$ 5,46	R\$ 4.368,00
144	CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% 10 ML	FR	600	R\$ 0,78	R\$ 468,00
145	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 10 ML	FR	400	R\$ 0,43	R\$ 172,00
146	CLORETO DE SÓDIO 20 % 10 ML	FR	400	R\$ 0,77	R\$ 308,00
147	DEXAMETASONA 2 MG	AMP	10000	R\$ 1,54	R\$ 15.400,00
148	DEXAMETASONA 4 MG	AMP	15000	R\$ 1,99	R\$ 29.850,00
149	FITOMENADIONA, DOSAGEM:10 MG/ML, INJETÁVEL - VITAMINA K	AMP	4000	R\$ 2,04	R\$ 8.160,00
150	FUROSEMIDA 10 MG - AMP. 2 ML	AMP	4500	R\$ 2,12	R\$ 9.540,00
151	GENTAMICINA 80MG 2ML	AMP	3000	R\$ 1,94	R\$ 5.820,00
152	GLICERINA CLÍSTER COM APLICADOR	FR	1000	R\$ 13,77	R\$ 13.770,00
153	GLICONATO DE CÁLCIO 10% AMPOLA C/10 ML	AMP	400	R\$ 3,65	R\$ 1.460,00
154	GLICOSE 5 % FRASCO 500ML SIST FEC HADO (COTA RESERVADA 20%)	FR	1500	R\$ 8,70	R\$ 13.050,00
155	GLICOSE 50% X 10ML SOL INJ	AMP	8000	R\$ 0,76	R\$ 6.080,00
156	HEPARINA 5.000 UI /0,25 ML VIA SUBCUTÂNEA USO ADULTO E PEDIÁTRICO	AMP	500	R\$ 15,69	R\$ 7.845,00



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

157	HIDRALAZINA 2MG/ML	AMP	2000	R\$ 10,70	R\$ 21.400,00
158	HIDROCORTISONA, PRINCÍPIO ATIVO: 100MG, APRESENTAÇÃO: INJETÁVEL	AMP	2000	R\$ 5,72	R\$ 11.440,00
159	HIDROCORTISONA, PRINCÍPIO ATIVO: 500MG, APRESENTAÇÃO: INJETÁVEL	AMP	2000	R\$ 9,32	R\$ 18.640,00
160	LEVOFLOXACINO 5 MG INJETÁVEL	AMP	1000	R\$ 16,07	R\$ 16.070,00
161	MANITOL 20% FRASCO AMPOLA	FR	30	R\$ 15,57	R\$ 467,10
162	METILERGOMETRINA 0,2 MG/ ML	AMP	500	R\$ 3,91	R\$ 1.955,00
163	METOCLOPRAMIDA 5 MG - AMP. 2 ML	AMP	6200	R\$ 1,28	R\$ 7.936,00
164	METRONIDAZOL 5 MG FRASCO AMPOLA	AMP	720	R\$ 9,87	R\$ 7.106,40
165	NITROGLICERINA 5 MG/ML	AMP	100	R\$ 67,16	R\$ 6.716,00
166	NOREPINEFRINA MONOIDRATADA 2MG/ML 4ML	AMP	1000	R\$ 2,58	R\$ 2.580,00
167	OMEPRAZOL, CONCENTRAÇÃO: 40 MG, USO: INJETÁVEL - FRASCO AMPOLA	AMP	2100	R\$ 15,83	R\$ 33.243,00
168	OMEPRAZOL, CONCENTRAÇÃO: 40 MG, USO: INJETÁVEL - FRASCO AMPOLA (COTA PRINCIPAL 80%)	AMP	2100	R\$ 15,83	R\$ 33.243,00
169	OMEPRAZOL, CONCENTRAÇÃO: 40 MG, USO: INJETÁVEL - FRASCO AMPOLA (COTA RESERVADA 20%)	AMP	2000	R\$ 15,83	R\$ 31.660,00
170	ONDANSETRONA 4 MG /2 ML	AMP	5000	R\$ 1,84	R\$ 9.200,00
171	OXITOCINA 5UI/ML 1ML	AMP	500	R\$ 5,79	R\$ 2.895,00
172	PERMETRINA 50% FR 60ML	FR	1200	R\$ 6,47	R\$ 7.764,00
173	PROMETAZINA 25MG/ML	AMP	4000	R\$ 5,54	R\$ 22.160,00
174	SOLUÇÃO DE RINGER COM LACTATO - 500 ML SIST FECHADO - (COTA EXCLUSIVA - AMPLA CONCORRÊNCIA - 75%)	FR	7500	R\$ 7,90	R\$ 59.250,00



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

175	SOLUÇÃO DE RINGER COM LACTATO - 500 ML SIST FECHADO - (COTA EXCLUSIVA - ME / EPP - 25%)	FR	2500	R\$ 7,90	R\$ 19.750,00
176	SORO GLICOSADO 5 % FRASCO 250ML SIST FEC HADO	FR	500	R\$ 7,57	R\$ 3.785,00
177	SORO GLICOSADO 5 % FRASCO 250ML SIST FEC HADO (COTA PRINCIPAL 80%)	FR	3000	R\$ 7,57	R\$ 22.710,00
178	SORO GLICOSADO 5 % FRASCO 500ML SIST FEC HADO (COTA RESERVADA 80%)	FR	5000	R\$ 8,74	R\$ 43.700,00
179	sulfato de magnésio 10% injetável	AMP	600	R\$ 1,87	R\$ 1.122,00
180	SULFATO DE MAGNESIO A 50% INJETÁVEL	AMP	800	R\$ 9,86	R\$ 7.888,00
181	TENOXICAM 20MG FRASCO AMPOLA	AMP	5000	R\$ 12,48	R\$ 62.400,00
182	TENOXICAM 40MG FRASCO AMPOLA	AMP	3000	R\$ 14,93	R\$ 44.790,00
183	VITAMINA DO COMPLEXO - B - AMP. 2 ML	AMP	8000	R\$ 1,68	R\$ 13.440,00
184	ALPRAZOLAN 1 MG	CP	5000	R\$ 0,11	R\$ 550,00
185	ALPRAZOLAN 2MG	CP	3000	R\$ 0,18	R\$ 540,00
186	BIPERIDENO 5MG/ML	AMP	600	R\$ 4,59	R\$ 2.754,00
187	BIPERIDENO, CLORIDRATO 2 MG	CP	60000	R\$ 0,58	R\$ 34.800,00
188	BROMAZEPAN 6 MG	CP	20000	R\$ 0,22	R\$ 4.400,00
189	CARBAMAZEPINA 20 MG/ML SUSPENSÃO ORAL - 100 ML	FR	600	R\$ 10,51	R\$ 6.306,00
190	CARBAMAZEPINA 200 MG	CP	60000	R\$ 0,29	R\$ 17.400,00
191	CARBAMAZEPINA 400MG	CP	20000	R\$ 1,10	R\$ 22.000,00
192	CARBONATO DE LÍTIO 300 MG	CP	60000	R\$ 0,52	R\$ 31.200,00
193	CITALOPRAM 20 MG	CP	4000	R\$ 0,20	R\$ 800,00
194	CLOBAZAN	CP	1000	R\$ 2,08	R\$ 2.080,00
195	CLONAZEPAM 0,5 MG	CP	30000	R\$ 0,11	R\$ 3.300,00
196	CLONAZEPAM 2 MG	CP	60000	R\$ 0,08	R\$



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

						4.800,00
197	CLONAZEPAM, DOSAGEM 2,5 MG/ML	FR	1000	R\$ 4,93	R\$ 4.930,00	
198	Cloridrato de amitriptilina 25 mg.	CP	80000	R\$ 0,07	R\$ 5.600,00	
199	CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25 MG	CP	20000	R\$ 0,20	R\$ 4.000,00	
200	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 100 MG	CP	45000	R\$ 0,57	R\$ 25.650,00	
201	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 40 MG/ML	FR	80	R\$ 12,94	R\$ 1.035,20	
202	CLOZAPINA, DOSAGEM:25 MG	CP	1000	R\$ 1,23	R\$ 1.230,00	
203	CLOZAPINA, DOSAGEM:50 MG	CP	1000	R\$ 6,36	R\$ 6.360,00	
204	DIAZEPAM 5 MG	CP	10000	R\$ 0,08	R\$ 800,00	
205	DIAZEPAN 10 MG	CP	30000	R\$ 0,08	R\$ 2.400,00	
206	DIAZEPAN 5 MG	CP	15000	R\$ 0,08	R\$ 1.200,00	
207	ESCITALOPRAM OXALATO, DOSAGEM:10 MG	CP	60000	R\$ 0,20	R\$ 12.000,00	
208	FENITOÍNA SÓDICA 100 MG	CP	35000	R\$ 0,30	R\$ 10.500,00	
209	FENITOÍNA SÓDICA, DOSAGEM:20 MG/ML, APRESENTAÇÃO:SUSPENSÃO ORAL	FR	500	R\$ 4,86	R\$ 2.430,00	
210	FENOBARBITAL 100 MG	CP	80000	R\$ 0,33	R\$ 26.400,00	
211	FENOBARBITAL 40 MG/ ML SOLUÇÃO ORAL - 20 ML	FR	250	R\$ 9,27	R\$ 2.317,50	
212	FLUOXETINA 20 MG	CP	80000	R\$ 0,10	R\$ 8.000,00	
213	GABAPENTINA 300MG	CP	10000	R\$ 0,61	R\$ 6.100,00	
214	HALOPERIDOL 2 MG	CP	45000	R\$ 0,14	R\$ 6.300,00	
215	HALOPERIDOL 2 MG/ML	FR	200	R\$ 6,64	R\$ 1.328,00	
216	HALOPERIDOL 5 MG	CP	30000	R\$ 0,22	R\$ 6.600,00	
217	LAMOTRIGINA 25 MG	CP	1000	R\$ 0,30	R\$ 300,00	
218	LAMOTRIGINA, DOSAGEM:100 MG	CP	6000	R\$ 0,51	R\$ 3.060,00	



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

219	LAMOTRIGINA, DOSAGEM:50 MG	CP	10000	R\$ 0,40	R\$ 4.000,00
220	LEVETIRACETAM, CONCENTRAÇÃO:250 MG	CP	5000	R\$ 1,38	R\$ 6.900,00
221	LEVETIRACETAM, CONCENTRAÇÃO:500 MG	CP	1000	R\$ 2,44	R\$ 2.440,00
222	LEVOMEPROMAZINA 100 MG	CP	40000	R\$ 1,32	R\$ 52.800,00
223	LEVOMEPROMAZINA 25 MG	CP	40000	R\$ 1,10	R\$ 44.000,00
224	LEVOMEPROMAZINA 4% C/ 20 ML	FR	450	R\$ 24,20	R\$ 10.890,00
225	LORAZEPAN 2 MG	CP	6000	R\$ 0,21	R\$ 1.260,00
226	Midazolam Hipolabor 5mg/mL	CP	6000	R\$ 1,96	R\$ 11.760,00
227	MORFINA, APRESENTAÇÃO:SULFATO, CONCENTRAÇÃO:10MG	CP	8000	R\$ 1,25	R\$ 10.000,00
228	OLANZAPINA, DOSAGEM:10 MG	FR	300	R\$ 1,83	R\$ 549,00
229	OLANZAPINA, DOSAGEM:2,5 MG	CP	8000	R\$ 0,55	R\$ 4.400,00
230	OLANZAPINA, DOSAGEM:5 MG	FR	300	R\$ 0,59	R\$ 177,00
231	OXCARBAMAZEPINA 300MG	CP	1000	R\$ 1,09	R\$ 1.090,00
232	OXCARBAZEPINA 600 MG	CP	1000	R\$ 2,62	R\$ 2.620,00
233	OXCARBAZEPINA, DOSAGEM:300 MG	CP	3000	R\$ 1,07	R\$ 3.210,00
234	OXCARBAZEPINA 600 MG	CP	1000	R\$ 2,62	R\$ 2.620,00
235	PARACETAMOL, APRESENTAÇÃO:ASSOCIADO COM CODEÍNA, DOSAGEM:30MG + 500MG	CP	15000	R\$ 0,84	R\$ 12.600,00
236	PERICIAZINA 4% C/ 20 ML	FR	600	R\$ 26,73	R\$ 16.038,00
237	PERICIAZINA, DOSAGEM:10 MG/ML, FORMA FARMACÊUTICA:SOLUÇÃO ORAL - GOTAS	FR	500	R\$ 13,94	R\$ 6.970,00
238	PERICIAZINA, DOSAGEM:40 MG/ML, FORMA FARMACÊUTICA:SOLUÇÃO ORAL - GOTAS	FR	500	R\$ 26,73	R\$ 13.365,00
239	PREGABALINA 150 MG	CP	10000	R\$ 0,67	R\$ 6.700,00



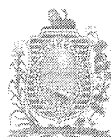
ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

240	PREGABALINA 75 MG	CP	10000	R\$ 0,35	R\$ 3.500,00
241	QUETIAPINA, CONCENTRAÇÃO:25 MG	CP	15000	R\$ 0,22	R\$ 3.300,00
242	QUETIAPINA, DOSAGEM:100 MG	CP	15000	R\$ 0,75	R\$ 11.250,00
243	QUETIAPINA, DOSAGEM:50 MG	CP	15000	R\$ 0,50	R\$ 7.500,00
244	RIPERIDONA 1 MG	CP	25000	R\$ 0,17	R\$ 4.250,00
245	RISPERIDONA 2 MG	CP	25000	R\$ 0,26	R\$ 6.500,00
246	RISPERIDONA 3 MG	CP	25000	R\$ 0,22	R\$ 5.500,00
247	RISPERIDONA GTS 1 MG /ML 30 ML	FR	25000	R\$ 20,88	R\$ 522.000,00
248	SERTRALINA 50 MG	CP	80000	R\$ 0,22	R\$ 17.600,00
249	Succinilcolina 100 MG/ML	CP	15000	R\$ 19,23	R\$ 288.450,00
250	TOPIRAMATO 100 MG	CP	10000	R\$ 0,54	R\$ 5.400,00
251	TOPIRAMATO 25 MG	CP	30000	R\$ 0,31	R\$ 9.300,00
252	TOPIRAMATO 50 MG	CP	10000	R\$ 0,37	R\$ 3.700,00
253	TRAMADOL CLORIDRATO, DOSAGEM:50 MG, FORMA FARMACÊUTICA:LIBERAÇÃO LENTA	CP	8000	R\$ 0,24	R\$ 1.920,00
254	VALPROATO DE SÓDIO 250 MG	CP	12000	R\$ 0,68	R\$ 8.160,00
255	VALPROATO DE SÓDIO 250 MG/5ML - 100 ML- XAROPE	FR	800	R\$ 8,82	R\$ 7.056,00
256	VALPROATO DE SÓDIO 500 MG	CP	20000	R\$ 1,22	R\$ 24.400,00
257	VENLAFAXINA 75 NG	CP	10000	R\$ 1,00	R\$ 10.000,00
258	ZOLPIDEN 10 MG	CP	1000	R\$ 0,18	R\$ 180,00
259	CETAMINA CLORIDRATO, DOSAGEM: 50 MG/ML, APLICAÇÃO: SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMP	100	R\$ 35,59	R\$ 3.559,00
260	CLORIDRATO DE PETIDINA DOLOSAL 50 MG COM 2 ML (DOLANTINA OU SIMILAR) AMP	AMP	150	R\$ 6,31	R\$ 946,50
261	CLORPROMAZINA 25 MG/5ML	AMP	500	R\$ 4,12	R\$ 2.060,00



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

262	DIAZEPAN 10 MG INJ AMPOLA 2ML	AMP	3000	R\$ 1,36	R\$ 4.080,00
263	DOPAMINA 5MG/ML. AMP. 10ML. - DOPAMINA, CLORIDRATO DE 5MG/ML	AMP	500	R\$ 5,51	R\$ 2.755,00
264	Etomidato (Injetável 2 mg/mL)	AMP	40	R\$ 21,61	R\$ 864,40
265	FENITOINA 50MG/ML IM/IV SOL. INJ. 5MLAMPOLA COM 5 ML DE FENITOÍNA 50 MG/ML, EM SOLUÇÃOINJETÁVEL	AMP	300	R\$ 4,22	R\$ 1.266,00
266	FENOBARBITAL SÓDICO, DOSAGEM 100 MG/ML, FORMA FARMACÊUTICA SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMP	5000	R\$ 3,85	R\$ 19.250,00
267	FENTONIL Solução injetável de 78,5 mcg/mL de citrato de fentanila	AMP	300	R\$ 5,11	R\$ 1.533,00
268	GLUCONATO DE CÁLCIO 10% C/ 10ML	AMP	600	R\$ 2,84	R\$ 1.704,00
269	HALOPERIDOL DECANOATIO 70,2ML/ML	AMP	200	R\$ 9,40	R\$ 1.880,00
270	HALOPERIDOL, solucao injetavel 5mg/mL, ampola 1m	AMP	1000	R\$ 2,53	R\$ 2.530,00
271	MORFINA , APRESENTAÇÃO SOLFATO CONCENTRAÇÃO 0,2MG/ML, FORMA FARMACEUTICA SOLUÇÃO INJETAVEL	AMP	1500	R\$ 12,60	R\$ 18.900,00
272	MORFINA 10 MG	AMP	1200	R\$ 3,44	R\$ 4.128,00
273	TRAMADOL 50 MG/ML 1 ML	AMP	3000	R\$ 1,93	R\$ 5.790,00
					R\$ 5.161.631,45

VALOR ESTIMADO DA FUTURA CONTRATAÇÃO: R\$ 5.161.631,45 (cinco milhões, cento e sessenta e um mil, seiscentos e trinta e um real e quarenta e cinco centavos)

8. DA GESTÃO DO CONTRATO

8.1. O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133, de 2021 e do Decreto Municipal pertinente, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

8.2. Em caso de impedimento, ordem de paralisação ou suspensão do contrato, o cronograma de execução será prorrogado automaticamente pelo tempo correspondente, anotadas tais circunstâncias mediante simples apostila.



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

8.3. As comunicações entre o Contratante e o Contratado devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim.

8.4. O Contratante poderá convocar representante da empresa para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

8.5. Após a assinatura do contrato, o contratante poderá convocar o representante da empresa contratada para reunião inicial para apresentação do plano de fiscalização, que conterá informações acerca das obrigações contratuais, dos mecanismos de fiscalização, das estratégias para execução do objeto, do plano complementar de execução da contratada, quando houver, do método de aferição dos resultados e das sanções aplicáveis, dentre outros.

8.6. A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo(s) fiscal(is) do contrato, ou pelos respectivos substitutos, na forma do Decreto Municipal pertinente e do artigo 117 da Lei nº 14.133, de 2021.

9. CRITÉRIOS DE RECEBIMENTO/MEDIÇÃO E DE PAGAMENTO

9.1. DO RECEBIMENTO DO OBJETO

9.1.1. Os Medicamentos deverão ser entregues em até 03 dias úteis após emissão de guia de fornecimento, pelo(a) responsável pelo acompanhamento e fiscalização do contrato, ao término do fornecimento programada para o horário e data previamente determinados.

9.2. DO PRAZO DE FATURAMENTO/PAGAMENTO

9.2.1. O faturamento será imediato na data do fornecimento e deverá ser entregue para atestamento, imediatamente após a execução do objeto.

9.2.2. O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias contados do adimplemento, pelo responsável da Secretaria de Municipal de Saúde de Santa Cruz da Baixa Verde/PE.

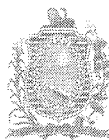
9.2.3. Os documentos fiscais deverão, obrigatoriamente, discriminar a prestação do serviço realizada e o período da execução.

9.2.4. O Contratado deverá emitir a Nota Fiscal/Fatura conforme legislação vigente.

9.2.5. Havendo irregularidades na emissão da nota fiscal/fatura, o prazo para pagamento será contado a partir de sua representação devidamente regularizada.

9.3. DA FORMA DE PAGAMENTO

9.3.1. O pagamento será processado com a emissão de ordem de pagamento física ou eletrônica, ou ainda por transferência eletrônica via sistema de internet banking, com assinaturas legais físicas ou eletrônicas dos titulares das contas bancárias.



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

9.3.2. A retenção do imposto de renda deverá ser destacada no corpo do documento fiscal ou equivalente observando os percentuais estabelecidos no ANEXO I da IN RFB Nº 1234 de 2012 de acordo com o artigo 1º, §1º do Decreto Municipal pertinente e Portaria SMFA nº 11/2023 c/c §5º, artigo 2º da IN RFB Nº 1234.

9.3.3. As empresas optantes pelo Simples Nacional ou que se enquadrem em alguma hipótese de isenção ou não incidência DEVERÃO informar essa condição expressamente nos documentos fiscais, de acordo com o artigo 1º, §3º do Decreto Municipal 18.272/23 c/c artigo 4º da IN RFB Nº 1234.

10. DA FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

10.1. FORMA DE SELEÇÃO E CRITÉRIO DE JULGAMENTO DA PROPOSTA

10.1.1. O fornecedor será selecionado por meio da realização de processo de licitação, por Pregão Eletrônico, consoante disposto e definido pela *Lei nº 14.133/2021*, no seu inciso XLI do artigo 6º.

10.2. EXIGÊNCIAS DE HABILITAÇÃO

Para fins de habilitação, deverá o licitante comprovar os seguintes requisitos:

10.2.1. Habilitação jurídica

10.2.1.1. Pessoa física: cédula de identidade (RG) ou documento equivalente que, por força de lei, tenha validade para fins de identificação em todo o território nacional;

10.2.1.2. Empresário individual: inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede;

10.2.1.3. Microempreendedor Individual – MEI: Certificado da Condição de Microempreendedor Individual – CCMEI, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio <https://www.gov.br/empresas-e-negocios/pt-br/empreendedor>;

10.2.1.4. Sociedade empresária, sociedade limitada unipessoal – SLU ou sociedade identificada como empresa individual de responsabilidade limitada – EIRELI: inscrição do ato constitutivo, estatuto ou contrato social no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;

10.2.1.5. Sociedade empresária estrangeira: portaria de autorização de funcionamento no Brasil, publicada no Diário Oficial da União e arquivada na Junta Comercial da unidade federativa onde se localizar a filial, agência, sucursal ou estabelecimento, a qual será considerada como sua sede, conforme Instrução Normativa DREI/ME n.º 77, de 18 de março de 2020.



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

10.2.1.6. Sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil de Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;

10.2.1.7. Filial, sucursal ou agência de sociedade simples ou empresária: inscrição do ato constitutivo da filial, sucursal ou agência da sociedade simples ou empresária, respectivamente, no Registro Civil das Pessoas Jurídicas ou no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz

10.2.1.8. Sociedade cooperativa: ata de fundação e estatuto social, com a ata da assembleia que o aprovou, devidamente arquivado na Junta Comercial ou inscrito no Registro Civil das Pessoas Jurídicas da respectiva sede, além do registro de que trata o art. 107 da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro 1971.

10.2.1.9. Agricultor familiar: Declaração de Aptidão ao Pronaf – DAP ou DAP-P válida, ou, ainda, outros documentos definidos pela Secretaria Especial de Agricultura Familiar e do Desenvolvimento Agrário, nos termos do art. 4º, §2º do Decreto nº 10.880, de 2 de dezembro de 2021.

10.2.1.10. Produtor Rural: matrícula no Cadastro Específico do INSS – CEI, que comprove a qualificação como produtor rural pessoa física, nos termos da Instrução Normativa RFB n. 971, de 13 de novembro de 2009 (arts. 17 a 19 e 165).

10.2.1.12. Os documentos apresentados deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva.

10.3. HABILITAÇÃO FISCAL, SOCIAL E TRABALHISTA

10.3.1 Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Pessoas Físicas, conforme o caso;

10.3.2. Prova de regularidade para com as Fazendas federal, estadual/distrital e Municipal do domicílio ou sede do licitante, ou outra equivalente, na forma da lei;

10.3.3. Prova de regularidade relativa à Seguridade Social e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei.

10.3.4. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.

10.3.5. Declaração expressa de que o licitante não emprega trabalhador menor nas situações previstas no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição da República.

10.3.6. Os documentos referidos acima poderão ser substituídos ou supridos, no todo ou em parte, por outros meios hábeis a comprovar a regularidade do licitante, inclusive por meio eletrônico.



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

10.4. QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

10.4.1. Para comprovar sua aptidão econômica para cumprir as obrigações decorrentes do futuro contrato, o licitante deverá comprovar de forma objetiva, por coeficientes e índices econômicos previstos a seguir, devidamente justificados no presente processo licitatório, restringindo à apresentação da seguinte documentação:

a) Certidão Negativa de Falência ou Concordata, expedida pelos Cartórios Distribuidores competentes, da sede da pessoa jurídica, datada de, no máximo, 30 (trinta) dias anteriores à data de abertura da licitação;

a.1) Para as empresas sediadas no Estado de Pernambuco deverá ser apresentada a Certidão Licitação 1º e 2º Graus emitidas na forma da Instrução Normativa do TJPE nº 07 de 02/06/2014, na Resolução do CNJ nº 185 e na Lei 11.419/2006, obtidas no portal do tjepe.

b) Balanço patrimonial, demonstração de resultado de exercício e demais demonstrações contábeis dos 2 (dois) últimos exercícios sociais;

b.1) caso de a pessoa jurídica tenha sido constituída há menos de 2 (dois) anos, os documentos referidos no subtópico “b”, limitar-se-ão ao último exercício social;

b.2) apresentar os seguintes índices contábeis, extraídos do último Balanço Patrimonial, devidamente assinado por profissional contábil, atestando a boa situação financeira da empresa:

PG = Liquidez Geral – igual ou superior a 1

SG = Solvência Geral – igual ou superior a 1

LC = Liquidez Corrente – igual ou superior 1

Sendo:

$LG = (AC + RLP) / (PC + ELP)$

$SG = AT / (PC + ELP)$

$LC = AC / PC$

Onde:

AC = Ativo Circulante

RLP = Realizável a Longo Prazo

PC = Passivo Circulante

ELP = Exigível a Longo Prazo

AT = Ativo Total

b.3) Os índices acima descritos poderão ser demonstrados, em folha própria, fazendo-se constar os dados do balanço que lhes deram origem; e

JUSTIFICATIVA DE EXIGÊNCIA DE ÍNDICES DE LIQUIDEZ NO EDITAL

- I. Serão exigidos índices de liquidez corrente e geral, não inferiores a 1, (um), ou seja, para cada um real de dívida de curto e de longo prazo, a empresa deverá possuir, no mínimo, um real de recursos disponíveis na somatória da mesma fração de tempo, ou seja, no curto prazo e também no longo prazo.



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

- II. Será exigido ainda, o índice de Solvência Geral, que expressa o grau de garantia que a empresa dispõe em Ativos (totais), para pagamento do total de suas dívidas. Exige-se, de igual modo, que para cada 1 (um) real de dívida a empresa disponha de, no mínimo, 1 (um) real correspondente no ativo total, ou seja, a empresa demonstrará pela capacidade de liquidação de suas obrigações, levando-se em conta todo o seu patrimônio (disponibilidades de curto e de longo prazo e patrimônio permanente), o que vale dizer, em caso de encerramento de suas atividades, no momento em que venha a ocorrer, a empresa evidenciará total solvência.
- III. Justificam-se as exigências acima mencionadas, inicialmente, de modo a se avaliar a real situação financeira das empresas licitantes, com o objetivo de verificar a capacidade de satisfação das obrigações assumidas, além da capacidade de cumprimento dos encargos econômicos decorrentes da contratação, considerado o prazo de duração da mesma.
- IV. Com relação aos índices exigidos e respectivos valores, cabe ressaltar tratar-se do mínimo usualmente estabelecido, fixados em patamares que demonstram tanto a liquidez corrente quanto a geral da empresa, além de sua capacidade de solvência, condições essas que asseguram à Administração Municipal a plena execução do objeto contratado.
- V. Nesse sentido, faz-se necessária remissão a jurisprudência do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo em especial os TCs 011286/026/08 e 023220/026/06; bem como Acórdãos do Tribunal de Contas da União nº 779/2005 – Plenário e nº 354/2016 – TCU – Plenário. Verifica-se, portanto, que a previsão aqui inserida, coaduna-se com o previsto na Lei, com as práticas usuais e com a Jurisprudência emanada dos Tribunais de Contas do Estado e União.

10.5 QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

10.5.1. Comprovação de aptidão para prestação de serviços, por meio da apresentação de certidões ou atestados emitidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado.

10.5.2. Autorização de Funcionamento Especial – AFE, de acordo com a Portaria nº 344/1998, quando for o caso;

10.5.3. Licença Sanitária Estadual ou Municipal da empresa licitante, conforme o caso, autorizando exercer atividades de comercialização e venda dos produtos objeto desta licitação;

10.5.4. Autorização da ANVISA para armazenamento e distribuição de medicamento, com a respectiva publicação no Diário Oficial da União, comprovando estar dentro do prazo de validade;

10.5.5. Certificado de boas práticas de Fabricação e Controle por linha de produção/produtos, emitido pela Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde; deverá vir em ordem numérica de acordo com os itens da proposta, devidamente expresso;



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

10.5.6. Os medicamentos isentos do referido Registro devem apresentar documentos que comprovem sua isenção junto ao Ministério da Saúde; deverá vir em ordem numérica de acordo com os itens da proposta, devidamente expresso.

10.5.7. Declaração do Detentor de Registro (DDR), quando couber;

10.5.8. Quando o produto for detentor do benefício de dedução do ICMS é necessário constar na sua Proposta de Preços a alíquota incidente e, em seguida deduzir caso haja o benefício;

10.5.9. Deverá acompanhar o Laudo Analítico- laboratorial expedido pela empresa produto/titular do Registro na Anvisa e/ou Laboratório integrante da Rede Brasileira de Laboratórios Analíticos em Saúde (Reblas);

10.5.10. As notas fiscais de todos os medicamentos contenham o número dos lotes dos produtos nelas constantes;

10.5.11. Previsão que dedução do ICMS, quando aplicável, deve ficar explícita na Nota Fiscal, que deve conter a alíquota incidente e, em seguida, deduzir o que seria devido caso não houvesse o benefício

10.5.12. A não observância das recomendações aqui descritas ensejará a desclassificação sumária da licitante.

10.6 DOS CRITÉRIOS DE ACEITABILIDADE DA PROPOSTA

10.6.1. A proposta de preços deverá conter:

10.6.1.1. Razão social, n.º do CNPJ, endereço, telefone e endereço eletrônico do licitante;

10.6.1.2. Modalidade pregão Eletrônica) e número do processo de licitação;

10.6.1.3. Especificação sucinta do objeto licitado;

10.6.1.4. Valor global do serviço.

10.6.1.5. Declaração de validade da proposta de 90 (noventa) dias, contados da assinatura.

10.6.1.6. prazos de validade dos medicamentos e produtos entregues sejam, no mínimo, de 12 (doze) meses a partir da data de entrega dos produtos, ou, na impossibilidade técnica, devido à natureza do produto, que os produtos sejam entregues com prazo equivalente a, no mínimo, 75% de sua validade, contados da data de fabricação;

10.6.1.7. prever prazo para a entrega dos produtos contratados, a partir da ordem de fornecimento, não inferior a 03 (três) dias úteis;

11. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

11.1. O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas caracterizará a inadimplência do Contratado, sujeitando-o às penalidades previstas no Decreto Municipal



ESTADO DE PERNAMBUCO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Rua João Roque da Silva, 349 – Centro - CEP 56.895-000 - Telefax (087) 3846-8149 - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

CNPJ 10.769.869/0001-59

nº 007, DE 02 DE JANEIRO DE 2024, sem prejuízo de eventual responsabilidade civil e criminal.

12. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

11.1. As despesas decorrentes do presente procedimento serão acobertadas pela (s) seguinte (s) dotação (ções) orçamentária(s):

5.10000.10001.10.301.5031.2.246-3.3.90.30; 5.10000.10001.10.302.5032.2.249-3.3.90.30; 5.10000.10001.10.303.5033.1.251-3.3.90.30.

13. UNIDADE RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO/FISCALIZAÇÃO

13.1. Secretaria de Municipal de Saúde

13. 2. 13. INTEGRAM O PRESENTE TERMO O(S) SEGUINTE(S) ANEXO(S):

- a) Anexo II: Formalização de Demanda;
- b) Anexo III: Estudo Técnico Preliminar;
- c) Anexo IV: Termo de Referência.

Santa Cruz da Baixa Verde (PE), 05 de Fevereiro de 2026.

Tarciana Alves Menezes

TARCIANA ALVES MENESES

Secretaria Municipal de Saúde

Portaria nº 10/2025

Maria Luiza Diniz Magalhães

MARIA LUIZA DINIZ MAGALHÃES

Responsável pelo TR

Portaria nº 098/2025