



PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA

Av. Prefeito José Araújo nº 1551 - Bairro Parque Brasil 500

Paulínia (SP) - CEP: 13.141-170

CNPJ: 45.751.435/0001-06 – I.E.: ISENTA

ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA

Solicitação de Compras nº 1048 e 1049/2024

1. OBJETO

1.1. Definição do Objeto

O presente Termo de Referência tem por objeto a aquisição de do medicamento **SULFADIAZINA 500 MG COMPRIMIDO**, conforme especificações e quantitativo abaixo descritos.

1.2. Especificação do objeto

ITEM	QTDE	UNID	ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DETALHADAS	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
01	6.000	CPR	SULFADIAZINA 500 MG, COMPRIMIDO	0,2655	1.593,00
VALOR TOTAL ESTIMADO				R\$ 1.593,00	

2. FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO

O medicamento objeto da presente aquisição faz parte da Relação Municipal de Medicamentos (REMUNE), e será fornecido em atendimento aos usuários da rede municipal de saúde, sendo eficiente no tratamento das infecções gonocócicas, estafilocócicas, estreptocócicas e minigocócicas, bem como indicado no tratamento da toxoplasmose em pessoas imunocompetentes e naquelas com infecção pelo HIV.

3. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

3.1. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO DA PROPOSTA

3.1.1. As propostas deverão conter a descrição de cada um dos produtos cotados, observadas as mesmas especificações constantes deste Termo de Referência, de forma clara e específica, bem como preços unitários e total detalhados em planilha,



PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA

Av. Prefeito José Araújo nº 1551 - Bairro Parque Brasil 500

Paulínia (SP) - CEP: 13.141-170

CNPJ: 45.751.435/0001-06 – I.E.: ISENTA

incluindo os elementos que de forma inequívoca identifiquem e constatem as características dos itens, bem como as seguintes informações:

- a)** Nome comercial e laboratório fabricante;
- b)** Nome do produto farmacêutico de acordo com a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Denominação Comum Internacional (DCI);
- c)** Número de registo na ANVISA;
- d)** Composição;
- e)** Quantidade de unidades contida na embalagem.

3.1.2. Os medicamentos cotados deverão estar obrigatoriamente registrados no Ministério da Saúde / ANVISA, em conformidade com o art. 12 da Lei nº 6.360 de 23/09/1976, segundo o qual nenhum medicamento, inclusive os importados, poderá ser industrializado, exposto à venda ou entregue ao consumo antes de registrado no Ministério da Saúde;

3.1.3. Deverão ser enviadas bulas, originais ou cópias legíveis, somente dos medicamentos que não estejam publicados no Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF) do biênio vigente;

3.1.4. Devido ao curto prazo de validade, não serão aceitos medicamentos manipulados;

3.1.5. Nos valores propostos deverão estar incluídos todos os custos operacionais, encargos previdenciários, trabalhistas, tributários, comerciais e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente sob os produtos, como mão de obra, indenização, seguro contra acidentes, transportes, embalagens, taxas e tributos de qualquer natureza, pois não será admitida a inclusão de nenhum ônus adicional aos preços inicialmente ofertados;

3.1.6. A proposta deverá ter validade mínima de **60 (sessenta) dias**;

3.1.7. Modelo de proposta: conforme anexo II.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA

Av. Prefeito José Araújo nº 1551 - Bairro Parque Brasil 500

Paulínia (SP) - CEP: 13.141-170

CNPJ: 45.751.435/0001-06 – I.E.: ISENTA

3.2. VALIDADE DOS PRODUTOS

3.2.1. Os participantes deverão ofertar medicamentos com validade mínima de 70% (setenta por cento) do prazo de validade total, contado a partir da data de fabricação;

3.3. GARANTIA DOS PRODUTOS

3.3.1. A empresa fornecedora deverá cumprir todas as obrigações previstas na lei nº 8.078 de 11/09/1990 – Código de Defesa do Consumidor, e alterações subsequentes;

3.3.2. A empresa fornecedora será responsável pela substituição, troca ou reposição dos produtos entregues com danos, defeitos ou não compatíveis com as especificações deste Termo de Referência;

3.3.3. Na hipótese do subitem acima, a reposição ocorrerá mediante aprovação prévia do município, sem custo adicional;

4. HABILITAÇÃO

A habilitação se dará mediante a apresentação dos documentos e certidões constantes do Anexo IV.

5. ENTREGA E CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO DO OBJETO

5.1. Forma de entrega: única.

5.2. Prazo de entrega: no máximo 15 (quinze) dias corridos, contados do envio da Autorização de Fornecimento (empenho) por e-mail;

5.3. Horário para as entregas: de segunda a sexta-feira, exceto feriados, das 8:00 às 11:00 e das 13:00 às 16:00 horas;

5.4. Endereço de entrega:

- **CENTRO DE DISTRIBUIÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
Rua Deodato Soares, nº 262, Santa Terezinha – Paulínia (SP)
CEP: 13148-136



PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA

Av. Prefeito José Araújo nº 1551 - Bairro Parque Brasil 500

Paulínia (SP) - CEP: 13.141-170

CNPJ: 45.751.435/0001-06 – I.E.: ISENTA

6. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

- 6.1.** Condição de pagamento: o prazo de pagamento da obrigação será de 30 (trinta) dias corridos, contados a partir da data do ateste da nota fiscal, nota fiscal-fatura, nota fiscal de serviços eletrônica ou documento equivalente.

Paulínia (SP), 07 de novembro de 2024.

Dr. Alexandre Camargo Brandt
Secretário de Saúde