



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITIRAPINA

## Secretaria Municipal de Saúde

Avenida 05, esquina com Rua 05, nº 245 – Centro – SP – CEP 13530-000

CNPJ: 46.313.714/0001-50 – Inscr. Estadual: Isenta

Fone: (19) 3575-9202

Processo nº 2587

Fls.: \_\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_

### TERMO DE REFERÊNCIA

#### 1. OBJETO

1.1. Contratação de empresa através de registro de preços para aquisição de medicamentos com entrega de forma parcelada, pelo período de 12 meses.

#### 2. JUSTIFICATIVA

2.1. O presente processo licitatório tem por objetivo o fornecimento de medicamentos para abastecimento da Atenção Básica, Hospital São José e Processos Administrativos Municipais, pertencentes à Secretaria Municipal da Saúde de Itirapina/SP.

#### 3. ESPECIFICAÇÕES E QUANTITATIVOS POR UNIDADES

| ITEM | CODIGO                | DESCRIÇÃO                                                           | QTD A.B | QTD HOSP | APRESENT             |
|------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------|---------|----------|----------------------|
| 1    | 028.00502.00<br>11-01 | ACIDO FOLINICO 15MG                                                 | 5000    |          | COMPRIMIDO           |
| 2    | 028.00268.00<br>01-01 | ÁCIDO TRANEXAMICO 250MG                                             | 30000   |          | COMPRIMIDO           |
| 3    | 028.01034.00<br>01-01 | AMINAFTONA 75 MG                                                    | 5000    |          | COMPRIMIDO           |
| 4    | 028.00082.00<br>04-01 | Amoxicilina 500mg + Clavulanato de Potassio 125mg                   | 50000   |          | COMPRIMIDO           |
| 5    | 028.00690.00<br>01-01 | ARIPIRAZOL 10 MG                                                    | 5000    |          | COMPRIMIDO           |
| 6    | 028.00690.00<br>03-01 | ARIPIRAZOL 1MG/ML SUSPENSAO ORAL                                    | 300     |          | FRASCO COM<br>150 ML |
| 7    | 028.00991.00<br>01-01 | BETAISTINA 24MG                                                     | 10000   |          | COMPRIMIDO           |
| 8    | 028.00445.00<br>03-01 | BISOPROLOL 10 MG                                                    | 5000    |          | COMPRIMIDO           |
| 9    | 028.00445.00<br>02-01 | BISOPROLOL 2,5MG                                                    | 5000    |          | COMPRIMIDO           |
| 10   | 028.01036.00<br>01-01 | BREXPIRAZOL 0,5 MG                                                  | 5000    |          | COMPRIMIDO           |
| 11   | 028.01026.00<br>01-01 | CIPIONATO DE TESTOSTERONA 200MG/2ML SOL. INJETAVEL                  | 150     |          | AMPOLA COM<br>2 ML   |
| 12   | 028.00116.00<br>04-01 | CIPROFLOXACINO 0,3% + CLORETO DEXAMETASONA 0,1%<br>POMADA OFTALMICA | 100     |          | BISNAGA<br>COM 3,5 G |
| 13   | 028.00121.01<br>05-01 | CLORIDRATO DE BUPROPIONA 300 MG                                     | 5000    |          | COMPRIMIDO           |
| 14   | 028.00549.00<br>90-01 | Cloridrato de Clonidina 0,150mg                                     |         | 360      | COMPRIMIDO           |
| 15   | 028.00549.00<br>20-01 | CLORIDRATO DE METILFEMIDATO 20MG                                    | 10000   |          | CÁPSULA              |
| 16   | 028.00549.00<br>19-01 | CLORIDRATO DE METILFENIDATO 10MG                                    | 10000   |          | COMPRIMIDO           |
| 17   | 028.00121.00<br>99-01 | CLORIDRATO DE NALTREXONA 50MG                                       | 30000   |          | COMPRIMIDO           |
| 18   | 028.00549.01<br>06-01 | CLORIDRATO DE PAROXETINA 25 MG                                      | 5000    |          | COMPRIMIDO           |



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITIRAPINA

## Secretaria Municipal de Saúde

Avenida 05, esquina com Rua 05, nº 245 – Centro – SP – CEP 13530-000

CNPJ: 46.313.714/0001-50 – Inscr. Estadual: Isenta

Fone: (19) 3575-9202

Processo nº 2587

Fls.: \_\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_

|    |                       |                                                                                                                                                 |       |    |                                 |
|----|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|---------------------------------|
| 19 | 028.00496.00<br>01-01 | CLORIDRATO DE PROXIMETACAÍNA 5MG/ML - solução oftálmica estéril                                                                                 |       | 50 | FRASCO DE 5 ML                  |
| 20 | 028.00121.00<br>96-01 | CLORIDRATO DE TRAZODONA 50MG                                                                                                                    | 30000 |    | COMPRIMIDO                      |
| 21 | 028.00670.00<br>03-01 | COLAGENO TIPO II 40 MG                                                                                                                          | 5000  |    | CÁPSULA                         |
| 22 | 028.00995.00<br>05-01 | COLECALCIFEROL 1000 UI VITAMINA D                                                                                                               | 5000  |    | CÁPSULA                         |
| 23 | 028.00995.00<br>06-01 | COLECALCIFEROL 10000 UI VITAMINA D                                                                                                              | 5000  |    | CÁPSULA                         |
| 24 | 028.00995.00<br>07-01 | COLECALCIFEROL 15000 UI VITAMINA D                                                                                                              | 5000  |    | CÁPSULA                         |
| 25 | 028.00995.00<br>08-01 | COLECALCIFEROL 2000 UI VITAMINA D                                                                                                               | 5000  |    | CÁPSULA                         |
| 26 | 028.00995.00<br>09-01 | COLECALCIFEROL 5000 UI VITAMINA D                                                                                                               | 5000  |    | CÁPSULA                         |
| 27 | 028.00995.00<br>10-01 | COLECALCIFEROL 50000 UI VITAMINA D                                                                                                              | 5000  |    | CÁPSULA                         |
| 28 | 028.00995.00<br>11-01 | COLECALCIFEROL 7000 UI VITAMINA D                                                                                                               | 5000  |    | CÁPSULA                         |
| 29 | 028.00443.00<br>03-01 | DAPAGLIFLOZINA+METFORMINA 5/1000MG                                                                                                              | 5000  |    | COMPRIMIDO                      |
| 30 | 028.00127.00<br>02-01 | DESVENLAFAXINA 100 MG                                                                                                                           | 5000  |    | COMPRIMIDO                      |
| 31 | 028.00068.00<br>01-01 | DEXA-CITONEURIN ACETATO DE DEXAMETASONA 5MG + CLORIDRATO DE TIAMINA 100MG + CLORIDRATO DE PIRIDOXINA 100MG + CIANOCOBALAMINA 4MG SOL. INJETÁVEL | 300   |    | AMPOLA I (1ML) +AMPOLA II (2ML) |
| 32 | 028.00295.00<br>01-01 | DIACEREINA 50 MG                                                                                                                                | 5000  |    | CAPSULA                         |
| 33 | 028.00981.00<br>02-01 | DIENOGESTE 2MG                                                                                                                                  | 5000  |    | COMPRIMIDO                      |
| 34 | 028.01031.00<br>01-01 | DIMESILATO DE LISDEXANFETAMINA 30MG                                                                                                             | 10000 |    | CAPSULA                         |
| 35 | 028.00141.00<br>04-01 | DIPROPIONATO DE BETAMETASONA 0,5MG/G+SULFATO DE GENTAMICINA 1MG/G CREME                                                                         | 600   |    | TUBO COM 30 G                   |
| 36 | 028.00993.00<br>01-01 | DULOXETINA 30MG                                                                                                                                 | 5000  |    | CÁPSULA                         |
| 37 | 028.00993.00<br>02-01 | DULOXETINA 60MG                                                                                                                                 | 5000  |    | CÁPSULA                         |
| 38 | 028.00419.00<br>06-01 | EDOXABANA 30 MG                                                                                                                                 | 5000  |    | COMPRIMIDO                      |
| 39 | 028.00680.00<br>03-01 | EMPAGLIFOZINA 10 MG                                                                                                                             | 15000 |    | COMPRIMIDO                      |
| 40 | 028.01039.00<br>01-01 | ESTRADIOL 1MG +NORETISTERONA 0,5MG                                                                                                              | 5000  |    | COMPRIMIDO                      |
| 41 | 028.01038.00<br>01-01 | ETEXILATO DE DABIGATRANA 150MG                                                                                                                  | 5000  |    | CÁPSULA                         |
| 42 | 028.00197.00<br>03-01 | GINKGOBILOBA 120MG                                                                                                                              | 50000 |    | COMPRIMIDO                      |
| 43 | 028.00590.00<br>03-01 | HEPARINA SODICA GEL DE 200 U/G                                                                                                                  | 200   |    | BISNAGA COM 40G                 |
| 44 | 028.01035.00<br>01-01 | HIDROXICOBALAMINA 5 MG/ML SOL. INJETAVEL                                                                                                        | 100   |    | AMPOLA 1 ML                     |



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITIRAPINA

## Secretaria Municipal de Saúde

Avenida 05, esquina com Rua 05, nº 245 – Centro – SP – CEP 13530-000

CNPJ: 46.313.714/0001-50 – Inscr. Estadual: Isenta

Fone: (19) 3575-9202

Processo nº 2587

Fls.: \_\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_

|    |                       |                                                                                    |       |     |                                         |
|----|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|-----------------------------------------|
| 45 | 028.00167.00<br>14-01 | INSULINA GLARGINA 100U/ML+LIXISENATIDA 50MCG/ML                                    | 100   |     | Sistema de aplicação preenchido com 3mL |
| 46 | 028.01009.00<br>02-01 | LEVETIRACETAM 250MG                                                                | 5000  |     | COMPRIMIDO                              |
| 47 | 028.01009.00<br>03-01 | LEVETIRACETAM 750MG                                                                | 5000  |     | COMPRIMIDO                              |
| 48 | 028.01003.00<br>01-01 | LIRAGLUTIDA 6MG/ML                                                                 | 100   |     | Sistema de aplicação preenchido com 3mL |
| 49 | 028.00713.00<br>01-01 | LOÇÃO HIDRATANTE CORPORAL. NÃO OLEOSA. ALTA CONCENTRAÇÃO DE GLICERINA E D-PANTENOL | 100   |     | FRASCO COM 200ML                        |
| 50 | 028.01040.00<br>01-01 | MECOBALAMINA 1000MCG                                                               | 5000  |     | COMPRIMIDO SUBLINGUAL                   |
| 51 | 028.00609.00<br>01-01 | Metildopa 500 mg                                                                   |       | 300 | COMPRIMIDO                              |
| 52 | 028.01000.00<br>01-01 | MIRTAZAPINA 30MG                                                                   | 5000  |     | COMPRIMIDO                              |
| 53 | 028.00681.00<br>02-01 | MULTIVITAMINICO INFANTIL LÍQUIDO                                                   | 100   |     | FRASCO 150ML                            |
| 54 | 028.00447.00<br>02-01 | OLMESARTANA MEDOXOMILA 20 MG + HCTZ 12,5 MG                                        | 5000  |     | COMPRIMIDO                              |
| 55 | 028.00447.00<br>03-01 | OLMESARTANA MEDOXOMILA 40MG/HIDROCLOROTIAZIDA 25MG                                 | 5000  |     | COMPRIMIDO                              |
| 56 | 028.00334.00<br>02-01 | PAROXETINA 30MG                                                                    | 5000  |     | COMPRIMIDO                              |
| 57 | 028.01037.00<br>01-01 | PIOGLITAZONA 30 MG                                                                 | 10000 |     | COMPRIMIDO                              |
| 58 | 028.00959.00<br>01-01 | PIRIMETAMINA 25MG                                                                  | 5000  |     | COMPRIMIDO                              |
| 59 | 028.00472.00<br>01-01 | PREGABALINA 75MG                                                                   | 15000 |     | COMPRIMIDO                              |
| 60 | 028.00935.00<br>01-01 | QUETIAPINA 100MG                                                                   | 5000  |     | COMPRIMIDO                              |
| 61 | 028.00935.00<br>03-01 | QUETIAPINA 25MG                                                                    | 15000 |     | COMPRIMIDO                              |
| 62 | 028.00058.00<br>01-01 | SOLUÇÃO ENEMA DE GLICERINA 12% 500ML                                               | 5000  | 500 | FRASCO + SONDA RETAL                    |
| 63 | 028.00224.00<br>61-01 | SULFATO DE GLICOSAMINA 1,5G+SULFATO DE CONDROITINA 1,2G                            | 30000 |     | SACHE                                   |
| 64 | 028.00681.00<br>04-01 | SUPLEMENTO VITAMÍNICO A-Z E MINERAIS                                               | 50000 |     | COMPRIMIDO                              |
| 65 | 028.00348.00<br>02-01 | TOPIRAMATO 100MG                                                                   | 5000  |     | COMPRIMIDO                              |
| 66 | 028.00381.00<br>02-01 | VALERATO DE BETAMETASONA 2,5MG + HIALURONIDASE 150UTR POMADA                       | 100   |     | TUBO COM 20G                            |
| 67 | 028.00662.00<br>04-01 | VALSARTANA 320 MG + BESILATO DE ANLODIPINO 6,94 MG                                 | 5000  |     | COMPRIMIDO                              |
| 68 | 028.00982.00<br>02-01 | VENLAFAXINA 75MG                                                                   | 5000  |     | COMPRIMIDO                              |
| 69 | 028.00236.00<br>13-01 | VITAMINA B1 100MG(TIAMINA)+ VIT B6 100MG(PIRIDOXIN) + VIT B12 5000MG               | 5000  |     | DRAGEAS                                 |
| 70 | 028.00236.00          | VITAMINA B1 100MG(TIAMINA)+ VIT B6 100MG(PIRIDOXIN) +                              | 300   |     | AMPOLA I                                |



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITIRAPINA

## Secretaria Municipal de Saúde

Avenida 05, esquina com Rua 05, nº 245 – Centro – SP – CEP 13530-000

CNPJ: 46.313.714/0001-50 – Inscr. Estadual: Isenta

Fone: (19) 3575-9202

Processo nº 2587

Fls.: \_\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_

|    |                       |                                           |     |  |                              |
|----|-----------------------|-------------------------------------------|-----|--|------------------------------|
|    | 10-01                 | VIT B12 5000MG SOL. INJETÁVEL             |     |  | (1ML)<br>+AMPOLA II<br>(1ML) |
| 71 | 028.00236.00<br>17-01 | VITAMINA D3 (COLECALCIFEROL) 1000UI GOTAS | 100 |  | FRASCO COM<br>10ML           |

### 4. DA PROPOSTA

**4.1** As propostas deverão obedecer às especificações e exigências constantes deste instrumento convocatório.

**4.2** A licitante deverá enviar sua proposta mediante o preenchimento, no sistema eletrônico, dos seguintes campos:

**4.2.1** Valor unitário do item;

**4.2.2** Marca (Quando solicitado no termo de referencia);

**4.2.3** Fabricante (Quando solicitado no termo de referencia);

**4.3** Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam a Contratada.

**4.4** Os valores ofertados, tanto na proposta inicial, quanto na etapa de lances, serão de exclusiva responsabilidade do licitante, não lhe assistindo o direito de pleitear qualquer alteração, sob alegação de erro, omissão ou qualquer outro pretexto;

**4.5** O objeto deverá estar totalmente dentro das especificações contidas no Termo de Referência;

**4.6** A Proposta Inicial deve incluir, obrigatoriamente, todas as despesas com impostos, taxas, fretes e quaisquer outras que venham a incidir sobre o produto a ser fornecido;

**4.7** A validade da Proposta é de 120 (cento e vinte dias) dias, contados a partir da data da sessão pública do pregão.

**4.8** O valor ofertado será fixo e irrevogável e deverá ser apresentado com precisão de **duas casas decimais**.

**4.8.1** Deverá ser levado em consideração no valor ofertado, que medicamentos sofrem reajustes no preço, portanto a proposta, obrigatoriamente terá que conter margem de segurança nos custos para a contratada não ter prejuízo.

**4.9** Para os licitantes que fizerem lances será considerado o último valor ofertado abrangendo todos os valores apresentados na proposta.

**4.10** A apresentação das embalagens propostas pelas licitantes deverá obrigatoriamente ser equivalente a solicitação por parte do Hospital e Atenção Básica, conforme especificado no item 04;

**4.11** As embalagens que não forem equivalentes a solicitação por parte do Hospital e Atenção Básica, conforme especificado no item 04 serão desclassificadas;

**4.12** A elaboração da proposta deverá obrigatoriamente seguir às orientações do edital.

### 5. DA PROPOSTA ESCRITA

**5.1** A Empresa vencedora deverá enviar a Proposta (ANEXO I), com os valores oferecidos após a etapa de lances, em 01 (uma) via rubricada em todas as folhas e a última assinada pelo Representante Legal da Empresa citado nos documentos de habilitação, em linguagem concisa, sem emendas, rasuras ou entrelinhas, contendo Razão Social, CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica, endereço completo, número de telefone, e-mail, número de agência e conta bancária em nome da empresa, data e assinatura do Representante Legal da proponente, no prazo estipulado no



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITIRAPINA

## Secretaria Municipal de Saúde

Avenida 05, esquina com Rua 05, nº 245 – Centro – SP – CEP 13530-000

CNPJ: 46.313.714/0001-50 – Inscr. Estadual: Isenta

Fone: (19) 3575-9202

Processo nº 2587

Fls.: \_\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_

Edital;

### 6. DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DOS LICITANTES

**6.1.** As licitantes devem apresentar os seguintes documentos técnicos, em um prazo máximo de 2 (dois) dias úteis após o certame:

**6.1.1** Licença Sanitária emitida pelo órgão responsável pela Vigilância Sanitária, em vigor na data de abertura do certame ou cópia da publicação no Diário Oficial da União com prazo para comercialização legível.

**6.1.2** Comprovação da Autorização de Funcionamento da empresa participante da Licitação, junto ao Ministério da Saúde, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

**6.1.3** Autorização Especial de Funcionamento emitida pela ANVISA caso o licitante cote medicamento relacionado na Portaria 344, de 12/05/1998, da Secretaria de Vigilância Sanitária/MS, nos termos do artigo 2.º da referida Portaria;

**6.1.4** Certificado de regularidade técnica do farmacêutico responsável junto ao Conselho Regional de Farmácia da Unidade Federativa a qual a empresa pertença dentro do prazo de validade.

**6.1.5** Registro do Medicamento ou Notificação Simplificada ou Certificado de Dispensa de Registro do Medicamento, emitido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, devendo ser apresentado de forma legível e constar a validade (dia/mês/ano), por meio de cópia autenticada do registro do medicamento na ANVISA, publicado no Diário Oficial da União – D.O.U., grifando o número relativo a cada produto cotado, ou cópia emitida eletronicamente pelo sítio da ANVISA.

**6.2** Os registros devem ser identificados de acordo com a numeração do item no edital e apresentarem-se em ordem crescente para facilitar a conferência.

**6.3** Os documentos deverão ser encaminhados eletronicamente para o email: [CSFARMACIA3@ITIRAPINA.SP.GOV.BR](mailto:CSFARMACIA3@ITIRAPINA.SP.GOV.BR) com um papel timbrado da empresa contendo as seguintes informações:

**6.3.1** Número do pregão;

**6.3.2** Nome da empresa fornecedora;

**6.3.3** Cópia da proposta atualizada indicando as marcas licitadas;

**6.4** Terá a proposta desclassificada, sem prejuízo das sanções cabíveis, a licitante que:

**6.4.1** Não apresentar os documentos no prazo e nas condições solicitadas;

**6.4.2** O produto ofertado não contemplar as exigências do Edital e de seus anexos ou a legislação aplicada;

**6.4.3** Apresentar documentos em desacordo com o solicitado no Edital ou com validade vencida;

**6.4.4** Os documentos apresentados referirem-se a produto de marca diferente ao apresentado na proposta.

**6.5** Desclassificada a proposta, serão convocadas as licitantes subsequentes em ordem de classificação.

### 7. DA ENTREGA DOS MEDICAMENTOS

**7.1** A empresa fica obrigada a entregar os medicamentos, quando solicitados, nas condições estabelecidas neste Termo de Referência. A solicitação se fará perante Autorização de Fornecimento enviada por e-mail pelo Setor de Licitações e Compras da Prefeitura Municipal de Itirapina para a CONTRATADA.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITIRAPINA

## Secretaria Municipal de Saúde

Avenida 05, esquina com Rua 05, nº 245 – Centro – SP – CEP 13530-000

CNPJ: 46.313.714/0001-50 – Inscr. Estadual: Isenta

Fone: (19) 3575-9202

Processo nº 2587

Fls.: \_\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_

**7.2** O local de entrega será descrito nas Autorizações de Fornecimento. Devem ser seguidos os horários abaixo para a entrega:

**7.2.1** Centro de Distribuição de Medicamentos da Atenção Básica, cito a Avenida Hum nº 250, Centro, CEP: 13.530-000, Itirapina/SP, onde as entregas deverão ser realizadas de Segunda a Sexta-Feira das 08h00min às 16h00min;

**7.2.2** Média e Alta Complexidade - Hospital São José, cito a Avenida 09, nº 709, Vila Cianelli, Itirapina/SP, onde as entregas deverão ser realizadas de Segunda a Sexta-Feira das 07h00min às 11h00min e 13h00min às 17h00min;

**7.3** Não serão recebidas entregas em locais ou horários diversos ao estabelecido nas autorizações de fornecimento.

**7.4** A entrega deverá ser realizada no prazo máximo de **14 (quatorze) dias corridos**, do envio por e-mail da Autorização de Fornecimento pelo setor de Licitações e Compras para a CONTRATADA, salvo, se por motivo justo, a CONTRATADA, **solicitar prorrogação 48 (quarenta e oito) horas antes de findar o prazo**, e este pedido ser aceito pela Secretaria de Saúde.

**7.5** Se a CONTRATADA não cumprir o prazo de entrega, sem justificativa formal aceita pela CONTRATANTE, decairá seu do direito de fornecer os materiais, sujeitando-se as penalidades previstas no Edital, sendo convocados os licitantes remanescentes em ordem de classificação.

**7.6** Os medicamentos devem ser entregues obedecendo rigorosamente às condições do Edital, de seus anexos e a legislação vigente inerente ao objeto.

**7.7** Os medicamentos fornecidos devem corresponder exatamente às marcas constantes na proposta vencedora.

**7.8** Os medicamentos devem ser transportados em condições adequadas, sendo que a CONTRATADA responsabiliza-se pela quantidade das embalagens e danos resultantes do transporte inadequado. O armazenamento e o transporte dos produtos deverão atender às especificações técnicas do produto (temperatura, calor, umidade, luz) determinadas pela ANVISA.

**7.9** O transporte será por conta da CONTRATADA, sem ônus de frete para a CONTRATANTE.

## 8. DA FISCALIZAÇÃO NO RECEBIMENTO DOS MATERIAIS

**8.1** O recebimento será realizado pelo farmacêutico responsável de cada unidade ou pelas auxiliares de farmácia.

**8.2** Todos os produtos deverão estar em conformidade com a Autorização de Fornecimento e vir acompanhados de Nota Fiscal contendo descrição do medicamento, prazo de validade e lote.

**8.3** Os entregadores devem aguardar a conferência dos itens para posterior assinatura do canhoto da Nota Fiscal respectiva.

**8.4** O recebimento se dará em observância com os artigos 73 a 76 da Lei 8.666/1993, e ainda:

**8.4.1 PROVISORIAMENTE**, para efeito de posterior verificação da conformidade dos produtos com a especificação, bem como se a Nota Fiscal encontra lavrada sem incorreções.

**8.4.1.1** Cada unidade terá o prazo máximo de até 03 (cinco) dias úteis contados da data de recebimento, para verificar se os produtos fornecidos e a NF estão em consonância com o Edital e com seus anexos.

**8.4.2 DEFINITIVAMENTE**, após a verificação da qualidade e quantidade dos produtos e consequente aceitação.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITIRAPINA

## Secretaria Municipal de Saúde

Avenida 05, esquina com Rua 05, nº 245 – Centro – SP – CEP 13530-000

CNPJ: 46.313.714/0001-50 – Inscr. Estadual: Isenta

Fone: (19) 3575-9202

Processo nº 2587

Fls.: \_\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_

**8.5** Caso os produtos se encontrem desconforme ao exigido no Edital, o farmacêutico responsável por cada unidade notificará a CONTRATADA para substituí-los no prazo de até 03 (três) dias úteis contados da notificação.

**8.5.1** Em caso de irregularidades não sanadas pelo fornecedor, o farmacêutico responsável redigirá a termo os fatos ocorridos e encaminhará a Secretaria de Saúde, para a aplicação de penalidades.

**8.6** Os medicamentos entregues devem ser acompanhados de bulas. As bulas dos produtos deverão estar descritas em português e atender ao Regulamento Técnico que estabelece os requisitos mínimos para elaboração, harmonização, atualização, publicação e disponibilização de bulas de medicamentos para pacientes e para profissionais de saúde, especificado na Resolução-RDC Nº 47, de 8 de setembro de 2009.

**8.7** Os produtos serão recusados nas seguintes hipóteses:

**8.7.1** Qualquer situação em desacordo entre os produtos e o Edital de licitação e de seus Anexos ou a Autorização de Fornecimento;

**8.7.2** Nota Fiscal com especificação do objeto, quantidades em desacordo com o discriminado no Edital, seus anexos e na proposta adjudicada;

**8.7.3** Nota Fiscal sem especificação de lotes e validades dos produtos.

**8.7.4** Apresentarem vícios de qualidade, dificuldades ou serem impróprios para o uso, ou ainda possuírem defeitos de fabricação;

**8.7.5** Forem verificadas condições inadequadas de transporte ou avarias nos produtos entregues.

**8.7.6** Não corresponderem à marca registrada durante o processo de licitação.

**8.7.7** O prazo de validade dos medicamentos for inferior ao estipulado no item 10.1.

**8.8** O recebimento provisório ou definitivo não exclui a responsabilidade civil pela solidez e segurança dos produtos, nem ético-profissional pela perfeita execução do contrato, dentro dos limites estabelecidos pela lei ou pelo contrato.

**8.9** O medicamento, mesmo depois de aceito, ficará sujeito à substituição, desde que comprovada a pré-existência de defeitos, má fé por parte da Contratada, condições inadequadas de transporte, bem como alterações da estabilidade dentro do prazo de validade, que comprometam a integridade do produto.

## 9. DAS CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO

**9.1** Os medicamentos deverão ser fornecidos dentro do seu prazo de validade com vida útil mínima de 75% (setenta e cinco por cento). Prazos de validade inferiores deverão ser informados via e-mail aos farmacêuticos responsáveis para avaliação antes da entrega dos pedidos.

**9.2** Não serão aceitas variações na concentração e volume dos produtos.

**9.3** Os medicamentos, objeto desta licitação, deverão estar disponíveis para início do fornecimento a partir da data de assinatura do contrato.

**9.4** Todas as despesas decorrentes dos fornecimentos são de responsabilidade da CONTRATADA, incluindo-se tributos, taxas e licenças municipais, estaduais e federais que incidam ou venham a incidir, direta ou indiretamente sobre as mesmas, bem como todas as despesas gerais, diretas e indiretas.

**9.5** O transporte, assim como a descarga dos materiais nas unidades de saúde são responsabilidade da CONTRATADA.

**9.6** A CONTRATADA deverá acatar e facilitar a ação de fiscalização do Município, cumprindo as exigências da mesma.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITIRAPINA

## Secretaria Municipal de Saúde

Avenida 05, esquina com Rua 05, nº 245 – Centro – SP – CEP 13530-000

CNPJ: 46.313.714/0001-50 – Inscr. Estadual: Isenta

Fone: (19) 3575-9202

Processo nº 2587

Fls.: \_\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_

**9.7** A CONTRATADA deverá aceitar os métodos e processos de acompanhamento, verificação e controle adotados pela Administração Pública.

**9.8** A CONTRATADA deverá manter rigoroso controle de qualidade sobre os medicamentos fornecidos e, no caso de constatação de culpa, responderá civilmente por perdas e danos junto a Administração Pública ou terceiros prejudicados, sem prejuízo das sanções criminais pertinentes.

**9.9** Caso o medicamento licitado ou algum de seus lotes seja suspenso ou interditado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, a CONTRATADA deverá substituir, **no prazo máximo de 7 (sete) dias corridos**, o material em questão, sem ônus para o Município. No caso de futuros fornecimentos, a Secretaria de Saúde deverá ser comunicada para avaliação de troca de marca do medicamento suspenso.

**9.10** A CONTRATADA deverá comunicar ao município qualquer anormalidade, prestar esclarecimentos pertinentes e providenciar as devidas correções.

**9.11** Não é permitida a transferência a outrem do objeto da presente licitação.

**9.12** Durante a vigência do contrato, a CONTRATADA deverá manter todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação, podendo ser essas solicitadas a qualquer tempo.

## 10. DA SUBSTITUIÇÃO DE MARCA

**10.1** Tenha-se em vista a situação de retirada de um produto do mercado pelo fabricante, as dificuldades inviabilizando o cumprimento da obrigação de um fornecedor, nos termos ajustados pode a Administração Pública aceitar o produto de qualidade equivalente ou superior pelo mesmo preço.

**10.2** As solicitações deverão ser encaminhadas eletronicamente para o email: [CSFARMACIA3@ITIRAPINA.SP.GOV.BR](mailto:CSFARMACIA3@ITIRAPINA.SP.GOV.BR) seguindo os seguintes requisitos:

**10.2.1** Apresentação do registro do item junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

**10.2.2** Comprovação do fato superveniente não imputável a ele, que inviabilizou o fornecimento da marca anteriormente ofertada, descontinuidade do produto pelo fabricante, devidamente comprovados pelo fabricante ou detentor do registro;

## 11. PAGAMENTO

**11.1** O pagamento será efetuado em até 30 (Trinta) dias após a entrega dos itens solicitados, atestados e aferidos, pelos farmacêuticos da Secretaria Municipal da Saúde, através de Ordem de Pagamento na conta indicada, obrigatoriamente pelo fornecedor.

## 12. DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E DO PAGAMENTO

**12.1** Classificação dos Recursos Orçamentários: fonte 01 e 91 – recurso próprio, fonte 02 e 92 – recurso Estadual e fonte 05 e 95 – recurso Federal.

**12.2** As despesas decorrentes deste pregão, de acordo com orçamento do presente exercício e seguinte, correrão por conta das dotações abaixo descritas da **Secretaria Municipal de Saúde** a saber:

**12.2.1 Funcional programática: 10.301.9023.2.145**

Unidade: 02.12.01 – Secretaria Municipal da Saúde

**Despesas: 190 / 1422 / 1484**

Categoria Econômica: 3390.30.00 – Material de Consumo



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITIRAPINA

## Secretaria Municipal de Saúde

Avenida 05, esquina com Rua 05, nº 245 – Centro – SP – CEP 13530-000

CNPJ: 46.313.714/0001-50 – Inscr. Estadual: Isenta

Fone: (19) 3575-9202

Processo nº 2587

Fls.: \_\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_

### 12.2.2 Funcional programática: 10.301.9023.2.147

Unidade: 02.12.01 – Secretaria Municipal da Saúde

**Despesas: 1427/ 1487**

Categoria Econômica: 3390.30.00 – Material de Consumo

### 12.2.3 Funcional programática: 10.302.9023.2.146

Unidade: 02.12.01 – Secretaria Municipal da Saúde

**Despesas: 945 / 1425 /1486**

Categoria Econômica: 3390.30.00 – Material de Consumo

**12.3** O pagamento será efetuado em até 30 (Trinta) dias após a entrega dos itens solicitados, atestados e aferidos, pelos farmacêuticos da Secretaria Municipal da Saúde, através de Ordem de Pagamento na conta indicada, obrigatoriamente pelo fornecedor.

## 13. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

**13.1** O contratado se obriga a fornecer os produtos de acordo com as especificações constantes de sua proposta, obedecendo rigorosamente no prazo de entrega, além de seguir as especificações do presente Edital e seus Anexos.

## 14. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

**14.1** Receber os produtos fornecidos pela CONTRATADA, devendo efetuar o correspondente pagamento no prazo estabelecido.

## 15. DA GESTÃO, FISCALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DE CONTRATO

**15.1** O objeto da licitação será passível de acompanhamento, controle, fiscalização e avaliação pela Administração da Atenção Básica e Hospital São José, farmacêuticos responsáveis das unidades e Secretaria Municipal da Saúde.

**15.2** A Senhora **WLAUKIA SANCHES LEMOS PERONDI**, portadora do RG nº 35.168.995-3 e CPF nº 303.350.558-93, Secretária da Saúde, será a responsável pela gestão e demais procedimentos mencionados neste Termo determinando o que for necessário à regularização de falhas ou defeitos observados e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis.

**15.3** O servidor **ISAQUE MATEUS TOGNOLLI**, portador do RG nº 52.831.918-8 e CPF nº 456.485.268-06, Farmacêutico – CRF nº 97463 fica designado como fiscal responsável pelo acompanhamento dos Contratos/Atas, o qual acompanhará os pedidos e entregas em suas unidades específicas e emitirão pareceres ao gestor do contrato sobre os atos praticados pela CONTRATADA relativos à execução do contrato.

**15.4** A fiscalização é exercida no interesse da CONTRATANTE não excluindo ou reduzindo a responsabilidade da CONTRATADA, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade e, na sua ocorrência, não implica corresponsabilidade da Administração Pública ou de seus agentes e prepostos, ressaltando-se, ainda, que mesmo atestado o serviço adquirido, subsistirá a responsabilidade da CONTRATADA pela solidez, qualidade e segurança deste último.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITIRAPINA

## Secretaria Municipal de Saúde

Avenida 05, esquina com Rua 05, nº 245 – Centro – SP – CEP 13530-000

CNPJ: 46.313.714/0001-50 – Inscr. Estadual: Isenta

Fone: (19) 3575-9202

Processo nº 2587

Fls.: \_\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_

**15.5** A CONTRATANTE se reserva o direito de não receber os produtos em desacordo com as especificações e condições constantes deste Anexo, podendo rescindir a contratação e aplicar as penalidades previstas neste termo de referência e legislação pertinente.

**15.6** Quaisquer exigências da fiscalização, inerentes ao objeto do Contrato, deverão ser prontamente atendidas pela CONTRATADA, sem ônus para a CONTRATANTE.

**15.7** A alteração do contrato dar-se-á respeitando a legislação vigente e especificamente;

**15.7.1** Quando o preço de mercado tornar-se superior aos preços registrados e o fornecedor não puder cumprir o compromisso, o órgão gerenciador poderá:

**15.7.2** Liberar o fornecedor do compromisso assumido, caso a comunicação ocorra antes do pedido de fornecimento, e sem aplicação da penalidade se confirmada a veracidade dos motivos e comprovantes apresentados; e

**15.7.3** Convocar os demais fornecedores para assegurar igual oportunidade de negociação.

**15.7.4** A liberação do fornecedor do compromisso assumido (item 16.7.2.), só terá validade antes da emissão da Autorização de Fornecimento, caso contrário, a contratada deverá honrar com a entrega dos itens no valor registrado em ATA e posteriormente terá seu pedido avaliado.

## 16. DO VALOR MÉDIO

**16.1** Em conformidade com a pesquisa de mercado o valor médio segue detalhado abaixo:

| ITEM | CODIGO                | DESCRIÇÃO                                                        | QTD A.B   | QTD HOSP | APRESENT             | MEDIA        | MEDIA A.B.    | MEDIA HOSP SÃO JOSE |
|------|-----------------------|------------------------------------------------------------------|-----------|----------|----------------------|--------------|---------------|---------------------|
| 1    | 028.00502.001<br>1-01 | ACIDO FOLINICO 15MG                                              | 5000      |          | COMPRIMID<br>O       | 2,0025       | 10012,50      | 0                   |
| 2    | 028.00268.000<br>1-01 | ÁCIDO TRANEXAMICO 250MG                                          | 3000<br>0 |          | COMPRIMID<br>O       | 2,3825       | 71475,00      | 0                   |
| 3    | 028.01034.000<br>1-01 | AMINAFTONA 75 MG                                                 | 5000      |          | COMPRIMID<br>O       | 1,6320       | 8160,00       | 0                   |
| 4    | 028.00082.000<br>4-01 | Amoxicilina 500mg + Clavulanato de Potassio 125mg                | 5000<br>0 |          | COMPRIMID<br>O       | 2,3933       | 119666,6<br>6 | 0                   |
| 5    | 028.00690.000<br>1-01 | ARIPIRAZOL 10 MG                                                 | 5000      |          | COMPRIMID<br>O       | 3,2750       | 16375,00      | 0                   |
| 6    | 028.00690.000<br>3-01 | ARIPIRAZOL 1MG/ML SUSPENSÃO ORAL                                 | 300       |          | FRASCO<br>COM 150 ML | 152,712<br>5 | 45813,75      | 0                   |
| 7    | 028.00991.000<br>1-01 | BETAISTINA 24MG                                                  | 1000<br>0 |          | COMPRIMID<br>O       | 0,7250       | 7250,00       | 0                   |
| 8    | 028.00445.000<br>3-01 | BISOPROLOL 10 MG                                                 | 5000      |          | COMPRIMID<br>O       | 0,7850       | 3925,00       | 0                   |
| 9    | 028.00445.000<br>2-01 | BISOPROLOL 2,5MG                                                 | 5000      |          | COMPRIMID<br>O       | 0,6914       | 3457,14       | 0                   |
| 10   | 028.01036.000<br>1-01 | BREXPIRAZOL 0,5 MG                                               | 5000      |          | COMPRIMID<br>O       | 6,2300       | 31150,00      | 0                   |
| 11   | 028.01026.000<br>1-01 | CIPIONATO DE TESTOSTERONA 200MG/2ML SOL. INJETAVEL               | 150       |          | AMPOLA<br>COM 2 ML   | 70,2233      | 10533,50      | 0                   |
| 12   | 028.00116.000<br>4-01 | CIPROFLOXACINO 0,3% + CLORETO DEXAMETASONA 0,1% POMADA OFTALMICA | 100       |          | BISNAGA<br>COM 3,5 G | 26,2900      | 2629,00       | 0                   |
| 13   | 028.00121.010<br>5-01 | CLORIDRATO DE BUPROPIONA 300 MG                                  | 5000      |          | COMPRIMID<br>O       | 3,6333       | 18166,66      | 0                   |



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITIRAPINA

## Secretaria Municipal de Saúde

Avenida 05, esquina com Rua 05, nº 245 – Centro – SP – CEP 13530-000

CNPJ: 46.313.714/0001-50 – Inscr. Estadual: Isenta

Fone: (19) 3575-9202

Processo nº 2587

Fls.: \_\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_

|    |                       |                                                                                                                                                                |           |     |                                          |         |               |       |
|----|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----|------------------------------------------|---------|---------------|-------|
| 14 | 028.00549.009<br>0-01 | Cloridrato de Clonidina 0,150mg                                                                                                                                |           | 360 | COMPRIMID<br>O                           | 0,3533  | 0,00          | 127,2 |
| 15 | 028.00549.002<br>0-01 | CLORIDRATO DE METILFEMIDATO<br>20MG                                                                                                                            | 1000<br>0 |     | CÁPSULA                                  | 9,0333  | 90333,33      | 0     |
| 16 | 028.00549.001<br>9-01 | CLORIDRATO DE METILFENIDATO<br>10MG                                                                                                                            | 1000<br>0 |     | COMPRIMID<br>O                           | 0,4300  | 4300,00       | 0     |
| 17 | 028.00121.009<br>9-01 | CLORIDRATO DE NALTREXONA<br>50MG                                                                                                                               | 3000<br>0 |     | COMPRIMID<br>O                           | 4,1325  | 123975,0<br>0 | 0     |
| 18 | 028.00549.010<br>6-01 | CLORIDRATO DE PAROXETINA 25<br>MG                                                                                                                              | 5000      |     | COMPRIMID<br>O                           | 4,3180  | 21590,00      | 0     |
| 19 | 028.00496.000<br>1-01 | CLORIDRATO DE PROXIMETACAÍNA<br>5MG/ML - solução oftálmica estéril                                                                                             |           | 50  | FRASCO DE 5<br>ML                        | 13,9725 | 0,00          | 698,6 |
| 20 | 028.00121.009<br>6-01 | CLORIDRATO DE TRAZODONA<br>50MG                                                                                                                                | 3000<br>0 |     | COMPRIMID<br>O                           | 0,5100  | 15300,00      | 0     |
| 21 | 028.00670.000<br>3-01 | COLAGENO TIPO II 40 MG                                                                                                                                         | 5000      |     | CÁPSULA                                  | 1,1067  | 5533,33       | 0     |
| 22 | 028.00995.000<br>5-01 | COLECALCIFEROL 1000 UI<br>VITAMINA D                                                                                                                           | 5000      |     | CÁPSULA                                  | 0,4333  | 2166,66       | 0     |
| 23 | 028.00995.000<br>6-01 | COLECALCIFEROL 10000 UI<br>VITAMINA D                                                                                                                          | 5000      |     | CÁPSULA                                  | 3,3867  | 16933,33      | 0     |
| 24 | 028.00995.000<br>7-01 | COLECALCIFEROL 15000 UI<br>VITAMINA D                                                                                                                          | 5000      |     | CÁPSULA                                  | 6,6667  | 33333,33      | 0     |
| 25 | 028.00995.000<br>8-01 | COLECALCIFEROL 2000 UI<br>VITAMINA D                                                                                                                           | 5000      |     | CÁPSULA                                  | 0,5200  | 2600,00       | 0     |
| 26 | 028.00995.000<br>9-01 | COLECALCIFEROL 5000 UI<br>VITAMINA D                                                                                                                           | 5000      |     | CÁPSULA                                  | 2,0267  | 10133,33      | 0     |
| 27 | 028.00995.001<br>0-01 | COLECALCIFEROL 50000 UI<br>VITAMINA D                                                                                                                          | 5000      |     | CÁPSULA                                  | 4,1950  | 20975,00      | 0     |
| 28 | 028.00995.001<br>1-01 | COLECALCIFEROL 7000 UI<br>VITAMINA D                                                                                                                           | 5000      |     | CÁPSULA                                  | 1,1133  | 5566,66       | 0     |
| 29 | 028.00443.000<br>3-01 | DAPAGLIFLOZINA+METFORMINA<br>5/1000MG                                                                                                                          | 5000      |     | COMPRIMID<br>O                           | 4,8200  | 24100,00      | 0     |
| 30 | 028.00127.000<br>2-01 | DESVENLAFAXINA 100 MG                                                                                                                                          | 5000      |     | COMPRIMID<br>O                           | 1,4567  | 7283,33       | 0     |
| 31 | 028.00068.000<br>1-01 | DEXA-CITONEURIN ACETATO DE<br>DEXAMETASONA 5MG +<br>CLORIDRATO DE TIAMINA 100MG +<br>CLORIDRATO DE PIRIDOXINA<br>100MG + CIANOCOBALAMINA 4MG<br>SOL. INJETÁVEL | 300       |     | AMPOLA I<br>(1ML)<br>+AMPOLA II<br>(2ML) | 15,3033 | 4591,00       | 0     |
| 32 | 028.00295.000<br>1-01 | DIACEREINA 50 MG                                                                                                                                               | 5000      |     | CAPSULA                                  | 5,0900  | 25450,00      | 0     |
| 33 | 028.00981.000<br>2-01 | DIENOGESTE 2MG                                                                                                                                                 | 5000      |     | COMPRIMID<br>O                           | 2,5567  | 12783,33      | 0     |
| 34 | 028.01031.000<br>1-01 | DIMESILATO DE<br>LISDEXANFETAMINA 30MG                                                                                                                         | 1000<br>0 |     | CAPSULA                                  | 13,3750 | 133075,0<br>0 | 0     |
| 35 | 028.00141.000<br>4-01 | DIPROPIONATO DE<br>BETAMETASONA<br>0,5MG/G+SULFATO DE<br>GENTAMICINA 1MG/G CREME                                                                               | 600       |     | TUBO COM<br>30 G                         | 35,2933 | 21176,00      | 0     |
| 36 | 028.00993.000<br>1-01 | DULOXETINA 30MG                                                                                                                                                | 5000      |     | CÁPSULA                                  | 1,3550  | 6775,00       | 0     |
| 37 | 028.00993.000<br>2-01 | DULOXETINA 60MG                                                                                                                                                | 5000      |     | CÁPSULA                                  | 5,4414  | 27207,14      | 0     |
| 38 | 028.00419.000<br>6-01 | EDOXABANA 30 MG                                                                                                                                                | 5000      |     | COMPRIMID<br>O                           | 5,4425  | 27212,50      | 0     |
| 39 | 028.00680.000<br>3-01 | EMPAGLIFOZINA 10 MG                                                                                                                                            | 1500<br>0 |     | COMPRIMID<br>O                           | 6,8560  | 102840,0<br>0 | 0     |



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITIRAPINA

## Secretaria Municipal de Saúde

Avenida 05, esquina com Rua 05, nº 245 – Centro – SP – CEP 13530-000

CNPJ: 46.313.714/0001-50 – Inscr. Estadual: Isenta

Fone: (19) 3575-9202

Processo nº 2587

Fls.: \_\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_

|    |                       |                                                                                             |           |     |                                                  |              |               |      |
|----|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----|--------------------------------------------------|--------------|---------------|------|
| 40 | 028.01039.000<br>1-01 | ESTRADIOL 1MG +NORETISTERONA<br>0,5MG                                                       | 5000      |     | COMPRIMID<br>O                                   | 4,3383       | 21691,66      | 0    |
| 41 | 028.01038.000<br>1-01 | ETEXILATO DE DABIGATRANA<br>150MG                                                           | 5000      |     | CÁPSULA                                          | 4,7125       | 23562,50      | 0    |
| 42 | 028.00197.000<br>3-01 | GINKGOBILOBA 120MG                                                                          | 5000<br>0 |     | COMPRIMID<br>O                                   | 0,5820       | 29100,00      | 0    |
| 43 | 028.00590.000<br>3-01 | HEPARINA SODICA GEL DE 200 U/G                                                              | 200       |     | BISNAGA<br>COM 40G                               | 22,1933      | 4438,66       | 0    |
| 44 | 028.01035.000<br>1-01 | HIDROXICOBALAMINA 5 MG/ML<br>SOL. INJETAVEL                                                 | 100       |     | AMPOLA 1<br>ML                                   | 19,8700      | 1987,00       | 0    |
| 45 | 028.00167.001<br>4-01 | INSULINA GLARGINA<br>100U/ML+LIXISENATIDA<br>50MCG/ML                                       | 100       |     | Sistema de<br>aplicação<br>preenchido<br>com 3mL | 158,940<br>0 | 15894,00      | 0    |
| 46 | 028.01009.000<br>2-01 | LEVETIRACETAM 250MG                                                                         | 5000      |     | COMPRIMID<br>O                                   | 0,9380       | 4690,00       | 0    |
| 47 | 028.01009.000<br>3-01 | LEVETIRACETAM 750MG                                                                         | 5000      |     | COMPRIMID<br>O                                   | 4,6800       | 23400,00      | 0    |
| 48 | 028.01003.000<br>1-01 | LIRAGLUTIDA 6MG/ML                                                                          | 100       |     | Sistema de<br>aplicação<br>preenchido<br>com 3mL | 225,752<br>5 | 22575,25      | 0    |
| 49 | 028.00713.000<br>1-01 | LOÇÃO HIDRATANTE CORPORAL.<br>NÃO OLEOSA. ALTA<br>CONCENTRAÇÃO DE GLICERINA E<br>D-PANTENOL | 100       |     | FRASCO<br>COM 200ML                              | 40,1300      | 4013,00       | 0    |
| 50 | 028.01040.000<br>1-01 | MECOBALAMINA 1000MCG                                                                        | 5000      |     | COMPRIMID<br>O<br>SUBLINGUAL                     | 1,6000       | 8000,00       | 0    |
| 51 | 028.00609.000<br>1-01 | Metildopa 500 mg                                                                            |           | 300 | COMPRIMID<br>O                                   | 1,2233       | 0,00          | 367  |
| 52 | 028.01000.000<br>1-01 | MIRTAZAPINA 30MG                                                                            | 5000      |     | COMPRIMID<br>O                                   | 1,3800       | 6900,00       | 0    |
| 53 | 028.00681.000<br>2-01 | MULTIVITAMINICO INFANTIL<br>LÍQUIDO                                                         | 100       |     | FRASCO<br>150ML                                  | 29,2967      | 2929,66       | 0    |
| 54 | 028.00447.000<br>2-01 | OLMESARTANA MEDOXOMILA 20<br>MG + HCTZ 12,5 MG                                              | 5000      |     | COMPRIMID<br>O                                   | 1,0625       | 5312,50       | 0    |
| 55 | 028.00447.000<br>3-01 | OLMESARTANA MEDOXOMILA<br>40MG/HIDROCLOROTIAZIDA 25MG                                       | 5000      |     | COMPRIMID<br>O                                   | 1,0167       | 5083,33       | 0    |
| 56 | 028.00334.000<br>2-01 | PAROXETINA 30MG                                                                             | 5000      |     | COMPRIMID<br>O                                   | 7,8267       | 39133,33      | 0    |
| 57 | 028.01037.000<br>1-01 | PIOGLITAZONA 30 MG                                                                          | 1000<br>0 |     | COMPRIMID<br>O                                   | 1,9725       | 19725,00      | 0    |
| 58 | 028.00959.000<br>1-01 | PIRIMETAMINA 25MG                                                                           | 5000      |     | COMPRIMID<br>O                                   | 0,3833       | 1916,66       | 0    |
| 59 | 028.00472.000<br>1-01 | PREGABALINA 75MG                                                                            | 1500<br>0 |     | COMPRIMID<br>O                                   | 0,5560       | 8340,00       | 0    |
| 60 | 028.00935.000<br>1-01 | QUETIAPINA 100MG                                                                            | 5000      |     | COMPRIMID<br>O                                   | 0,8750       | 4375,00       | 0    |
| 61 | 028.00935.000<br>3-01 | QUETIAPINA 25MG                                                                             | 1500<br>0 |     | COMPRIMID<br>O                                   | 0,6183       | 9275,00       | 0    |
| 62 | 028.00058.000<br>1-01 | SOLUÇÃO ENEMA DE GLICERINA<br>12% 500ML                                                     | 5000      | 500 | FRASCO +<br>SONDA<br>RETAL                       | 14,8967      | 74483,33      | 7448 |
| 63 | 028.00224.006<br>1-01 | SULFATO DE GLICOSAMINA<br>1,5G+SULFATO DE CONDOITINA<br>1,2G                                | 3000<br>0 |     | SACHE                                            | 4,3225       | 129675,0<br>0 | 0    |



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITIRAPINA

## Secretaria Municipal de Saúde

Avenida 05, esquina com Rua 05, nº 245 – Centro – SP – CEP 13530-000

CNPJ: 46.313.714/0001-50 – Inscr. Estadual: Isenta

Fone: (19) 3575-9202

Processo nº 2587

Fls.: \_\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_

|              |                       |                                                                                           |           |  |                                          |              |               |              |
|--------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--|------------------------------------------|--------------|---------------|--------------|
| 64           | 028.00681.000<br>4-01 | SUPLEMENTO VITAMÍNICO A-Z E<br>MINERAIS                                                   | 5000<br>0 |  | COMPRIMID<br>O                           | 4,4925       | 224625,0<br>0 | 0            |
| 65           | 028.00348.000<br>2-01 | TOPIRAMATO 100MG                                                                          | 5000      |  | COMPRIMID<br>O                           | 0,8433       | 4216,66       | 0            |
| 66           | 028.00381.000<br>2-01 | VALERATO DE BETAMETASONA<br>2,5MG + HIALURONIDASE 150UTR<br>POMADA                        | 100       |  | TUBO COM<br>20G                          | 111,950<br>0 | 11195,00      | 0            |
| 67           | 028.00662.000<br>4-01 | VALSARTANA 320 MG + BESILATO<br>DE ANLODIPINO 6,94 MG                                     | 5000      |  | COMPRIMID<br>O                           | 4,4967       | 22483,33      | 0            |
| 68           | 028.00982.000<br>2-01 | VENLAFAXINA 75MG                                                                          | 5000      |  | COMPRIMID<br>O                           | 0,9820       | 4910,00       | 0            |
| 69           | 028.00236.001<br>3-01 | VITAMINA B1 100MG(TIAMINA)+<br>VIT B6 100MG(PIRIDOXIN) + VIT<br>B12 5000MG                | 5000      |  | DRAGEAS                                  | 2,8400       | 14200,00      | 0            |
| 70           | 028.00236.001<br>0-01 | VITAMINA B1 100MG(TIAMINA)+<br>VIT B6 100MG(PIRIDOXIN) + VIT<br>B12 5000MG SOL. INJETÁVEL | 300       |  | AMPOLA I<br>(1ML)<br>+AMPOLA II<br>(1ML) | 5,8975       | 1769,25       | 0            |
| 71           | 028.00236.001<br>7-01 | VITAMINA D3 (COLECALCIFEROL)<br>1000UI GOTAS                                              | 100       |  | FRASCO<br>COM 10ML                       | 34,6600      | 3466,00       | 0            |
| <b>TOTAL</b> |                       |                                                                                           |           |  |                                          |              | 1847213,6     | 8641,15<br>8 |

### 17. DA VIGENCIA DO CONTRATO

**17.1** A vigência desta contratação será de 12 meses.

### 18. SANÇÕES DE INADIMPLENTO

**18.1** Havendo inadimplemento contratual, o contratado estará sujeito às penalidades previstas no edital.

**Itirapina, 26 de outubro de 2023.**

**WLAUKIA SANCHES LEMOS PERONDI**

Secretária Municipal da Saúde