



PREFEITURA MUNICIPAL DE VOTORANTIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Pedro Fontes 550 – Rio Acima – CEP 18.111-375
Fone: 3353-8609 – 3353-8641 – 3353-8617
e-mail: dirplanejamentosesa@votorantim.sp.gov.br

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

1.1 Este Termo de Referência tem como objetivo estabelecer as especificações técnicas para a aquisição de medicamentos de uso veterinário, com base nas necessidades identificadas pelo Centro de Controle de Zoonoses, área responsável pelo manejo dos animais.

2. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

2.1 Os medicamentos devem ser registrados junto ao Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA).

2.2 Deverão ser fornecidos os seguintes medicamentos, em suas respectivas quantidades:

Item	Medicamento	Composição	Apresentação	Quantidade
01	Cetamina (Injetável)	10% de cetamina base	Frascos de 10 ml	48
02	Xilazina (injetável)	Cloridrato de Xilazina 2%	Frascos de 10 ml	96
03	Iombina (injetável)	Ioimbina 2 mg/ml	Frasco-ampola 30 ml	02
04	Tiletamina (Zolazepan Injetável)	Tiletamina (cloridrato) 125.0 mg e Zolazepan (cloridrato) 125.0 mg	Frascos de 5ml	05
05	Dexmedetomidina	Cloridrato de Dexmedetomidina 0.5mg/1 ml	Frascos de 10 ml	02
06	Atipamezole (injetável)	Cloridrato de Atipamezole 5.0 mg/1ml	Frascos de 10 ml	02

2.3 O prazo de validade dos medicamentos deverá ser superior a 12 meses, contados a partir da data de recebimento.

2.4 Os medicamentos devem ser acondicionados em embalagens adequadas, que garantam a integridade do produto até o momento de sua utilização.

2.5 Deverão ser fornecidos, juntamente com os medicamentos, a bula e o registro do produto junto ao MAPA.

3. CONDIÇÕES DE ENTREGA

3.1 A entrega dos medicamentos deverá ser realizada no Almoxarifado da Saúde, situado na Rua Domingos Arruda Ferraz nº 51, Parque Jataí, CEP 18.117-236, Votorantim/SP, em até 15 dias úteis após o recebimento e aceite da Nota de Empenho/Autorização de Fornecimento.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VOTORANTIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Pedro Fontes 550 – Rio Acima – CEP 18.111-375
Fone: 3353-8609 – 3353-8641 – 3353-8617
e-mail: dirplancjamentosesa@votorantim.sp.gov.br

3.2 Os medicamentos deverão ser entregues em embalagens lacradas e identificadas com o nome do produto, sua quantidade e data de validade.

4. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

4.1 O pagamento será realizado em até 30 dias após o recebimento dos medicamentos, mediante apresentação da nota fiscal correspondente.

4.2 Os preços deverão ser cotados em reais (R\$), com todos os impostos inclusos.

4.3 Não serão aceitas propostas com preços superiores aos praticados pelo mercado.

5. GARANTIAS

5.1 O fornecedor deverá garantir a qualidade e eficácia dos medicamentos fornecidos, nos termos da legislação aplicável.

5.2 O fornecedor deverá garantir a entrega dos medicamentos nos prazos e condições estabelecidos neste Termo de Referência.

5.3 Em caso de vício ou defeito dos medicamentos fornecidos, o fornecedor deverá realizar a substituição imediata dos produtos.

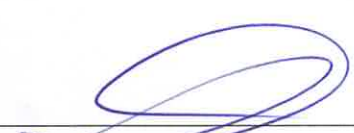
6. DISPOSIÇÕES FINAIS

6.1 Este Termo de Referência não gera obrigatoriedade de contratação, cabendo à instituição selecionar o fornecedor que apresentar a melhor proposta.

6.2 A instituição reserva-se o direito de cancelar a aquisição, total ou parcialmente, caso ocorram circunstâncias que justifiquem tal medida.

6.3 Quaisquer dúvidas acerca deste Termo de Referência deverão ser esclarecidas junto à área responsável pelo processo de aquisição.

Votorantim, 08 de março de 2023.



Izilda Maris Chiozzotto de Moraes
Secretária de Saúde