



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA SÃO PAULO

TERMO DE REFERÊNCIA

1. IDENTIFICAÇÃO DO PEDIDO

ÓRGÃO REQUISITANTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Processo nº. 8013/2026

DFD nº 0013/2026

Estudo Técnico Preliminar nº: 0013/2026

2. OBJETO E CONDIÇÕES GERAIS DA CONTRATAÇÃO

O objeto deste é de **REGISTRO DE PREÇOS** para futura e eventual **AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS** destinados ao atendimento das necessidades das unidades de saúde do município, incluindo UBS, UPA, Farmácia Municipal, programas de assistência farmacêutica e demais serviços vinculados à Secretaria Municipal de Saúde, compreendendo medicamentos padronizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME e medicamentos não padronizados, para o período de **12 (doze) meses**, com as respectivas quantidades e valores descritos no Termo de Referência.

2.1. Organização e classificação dos itens:

Os medicamentos constantes deste Termo de Referência compreendem itens padronizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME e itens não padronizados.

A classificação possui finalidade exclusivamente administrativa e de controle da assistência farmacêutica, não caracterizando divisão em lotes, permanecendo o julgamento pelo critério de menor preço por item.

2.2. DESCRITIVO – COTA PRINCIPAL – 75%:

ITEM	QUANT.	DESCRIÇÃO - APRESENTAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	2250	ACEBROFILINA 10 MG/ML - XAROPE - FRASCO DE 120 ML	NÃO RENAME	R\$ 6,00	R\$ 13.500,00
2	2250	ACEBROFILINA 5 MG/ML - XAROPE - FRASCO DE 120 ML	NÃO RENAME	R\$ 5,68	R\$ 12.780,00
3	3375	ACICLOVIR 200 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,18	R\$ 607,50
4	750	ACICLOVIR 50 MG/G - CREME DERMATOLÓGICO DE USO TÓPICO - BISNAGA DE 10 G	RENAME	R\$ 2,46	R\$ 1.845,00
5	23250	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,04	R\$ 930,00
6	3000	ÁCIDO ASCÓRBICO - 100 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 5 ML	NÃO RENAME	R\$ 0,74	R\$ 2.220,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

7	6750	ÁCIDO FÓLICO 5 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,04	R\$ 270,00
8	3000	ÁCIDO TRANEXÂMICO - 50 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 5 ML	NÃO RENAME	R\$ 4,03	R\$ 12.090,00
9	23250	ÁCIDO VALPRÓICO 250 MG - CÁPSULA	RENAME	R\$ 0,33	R\$ 7.672,50
10	2250	ÁCIDO VALPRÓICO 50 MG/ML - XAROPE - FRASCO DE 100 ML	RENAME	R\$ 6,27	R\$ 14.107,50
11	8250	ÁCIDO VALPRÓICO 500 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,61	R\$ 5.032,50
12	600	ADENOSINA, FOSFATO - 3 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 2 ML	NÃO RENAME	R\$ 10,42	R\$ 6.252,00
13	8250	AGUA DESTILADA 10 ML - AMPOLA DILUENTE	RENAME	R\$ 0,22	R\$ 1.815,00
14	1500	ALBENDAZOL 40 MG/ML - SUSPENSÃO ORAL - FRASCO DE 10 ML	RENAME	R\$ 1,19	R\$ 1.785,00
15	1500	ALBENDAZOL 400 MG - COMPRIMIDO MASTIGÁVEL	RENAME	R\$ 0,44	R\$ 660,00
16	1875	ALGESTONA ACETOFENIDA + EMANTATO DE ESTRADIOL 150 MG/ML + 10 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	RENAME	R\$ 8,99	R\$ 16.856,25
17	3750	ALOPURINOL 100 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,13	R\$ 487,50
18	1650	AMICACINA SULFATO 250 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA DE 2 ML	RENAME	R\$ 3,80	R\$ 6.270,00
19	600	AMINOFILINA - 24 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 10 ML	NÃO RENAME	R\$ 2,25	R\$ 1.350,00
20	2250	AMINOFILINA 100 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,08	R\$ 180,00
21	5250	AMIODARONA CLORIDRATO 200 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,44	R\$ 2.310,00
22	600	AMIODARONA CLORIDRATO 50 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 3 ML	RENAME	R\$ 3,00	R\$ 1.800,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

23	38250	AMITRIPTILINA CLORIDRATO 25 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,06	R\$ 2.295,00
24	8250	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 500 MG + 125 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,93	R\$ 7.672,50
25	4500	AMOXICILINA 50 MG/ML - PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL - FRASCO DE 150 ML	RENAME	R\$ 4,70	R\$ 21.150,00
26	3000	AMOXICILINA 50 MG/ML + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 12,5 MG/ML - PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL - FRASCO DE 75 ML	RENAME	R\$ 12,89	R\$ 38.670,00
27	12000	AMOXICILINA 500 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,22	R\$ 2.640,00
28	8250	ANLODIPINO BESILATO 5 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,03	R\$ 247,50
29	1500	ATROPINA SULFATO 0,25 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	RENAME	R\$ 0,80	R\$ 1.200,00
30	4500	AZITROMICINA 40 MG/ML - PÓ SUSPENSÃO ORAL - FRASCO 22,5 ML	RENAME	R\$ 8,11	R\$ 36.495,00
31	8250	AZITROMICINA 500 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,90	R\$ 7.425,00
32	2250	BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 UI - PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA	RENAME	R\$ 8,00	R\$ 18.000,00
33	1500	BENZILPENICILINA POTÁSSICA + PENICILINA PROCAINADA 100.000 UI + 300.000 UI - USO INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA	RENAME	R\$ 6,06	R\$ 9.090,00
34	450	BICARBONATO DE SÓDIO 8,40% - SOLUÇÃO INJETÁVEL - SISTEMA FECHADO - FRASCO 250 ML	RENAME	R\$ 26,05	R\$ 11.722,50
35	12000	BIPERIDENO CLORIDRATO 2 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,28	R\$ 3.360,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

36	600	BIPERIDENO LACTATO 5 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	RENAME	R\$ 2,36	R\$ 1.416,00
37	2625	BROMOPRIDA - 5 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 2 ML	NÃO RENAME	R\$ 1,33	R\$ 3.491,25
38	1500	BROMOPRIDA 4 MG/ML - SOLUÇÃO ORAL GOTAS - FRASCO DE 20 ML	NÃO RENAME	R\$ 2,01	R\$ 3.015,00
39	5250	BUPROPIONA CLORIDRATO 150 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,35	R\$ 1.837,50
40	2250	CAPTOPRIL 25 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,03	R\$ 67,50
41	1875	CARBAMAZEPINA 20 MG/ML - SUSPENSÃO ORAL - FRASCO DE 100 ML	RENAME	R\$ 7,31	R\$ 13.706,25
42	27000	CARBAMAZEPINA 200 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,16	R\$ 4.320,00
43	8250	CARBONATO DE CÁLCIO + VITAMINA D 500 MG+ 400 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,05	R\$ 412,50
44	15750	CARBONATO DE CÁLCIO 1250 MG (500 MG DE CÁLCIO) - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,08	R\$ 1.260,00
45	8250	CARBONATO DE LÍTIO 300 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,21	R\$ 1.732,50
46	24	CARVÃO VEGETAL ATIVADO EM PÓ - ABSORVENTE INTESTINAL CONTRA INTOXICAÇÕES - PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL - POTE DE 250 G	RENAME	R\$ 42,29	R\$ 1.014,96
47	12750	CARVEDILOL 12,5 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,11	R\$ 1.402,50
48	12750	CARVEDILOL 25 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,16	R\$ 2.040,00
49	4500	CARVEDILOL 3,125 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,09	R\$ 405,00
50	6750	CARVEDILOL 6,25 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,10	R\$ 675,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

51	2250	CEFALEXINA 50 MG/ML - PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL - FRASCO DE 100 ML	RENAME	R\$ 10,00	R\$ 22.500,00
52	15750	CEFALEXINA 500 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,60	R\$ 9.450,00
53	4500	CEFTRIAXONA DISSÓDICA HEMIEPTAIDRATADA 1 G (IM/IV) - PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA CONTENDO O EQUIVALENTE A 1 G DE CEFTRIAXONA	RENAME	R\$ 6,80	R\$ 30.600,00
54	8250	CETOPROFENO - 100 MG - EV - PÓ LIÓFILO INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA	NÃO RENAME	R\$ 3,51	R\$ 28.957,50
55	15750	CETOPROFENO - 50 MG/ML - IM - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 2 ML	NÃO RENAME	R\$ 1,55	R\$ 24.412,50
56	4500	CICLOBENZAPRINA 5MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,10	R\$ 450,00
57	3000	CILOSTAZOL 100 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,44	R\$ 1.320,00
58	600	CIPROFLOXACINO + DEXAMETASONA 3,5 MG/ML + 1 MG/ML - SOLUÇÃO OFTÁLMICA - FRASCO 5 ML	RENAME	R\$ 8,59	R\$ 5.154,00
59	8250	CIPROFLOXACINO CLORIDRATO 500 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,22	R\$ 1.815,00
60	4500	CLARITROMICINA 500 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 1,56	R\$ 7.020,00
61	3000	CLINDAMICINA CLORIDRATO 300 MG - CÁPSULA	RENAME	R\$ 0,90	R\$ 2.700,00
62	15750	CLOMIPRAMINA CLORIDRATO 25 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,99	R\$ 15.592,50
63	6000	CLONAZEPAM 0,5 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,07	R\$ 420,00
64	45750	CLONAZEPAM 2 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,05	R\$ 2.287,50
65	3000	CLONAZEPAM 2,5 MG/ML - SOLUÇÃO ORAL GOTAS - FRASCO DE 20 ML	RENAME	R\$ 2,26	R\$ 6.780,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

66	975	CLONIDINA CLORIDRATO 0,15 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA DE 1 ML	NÃO RENAME	R\$ 7,25	R\$ 7.068,75
67	6750	CLONIDINA CLORIDRATO 0,150 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,33	R\$ 2.227,50
68	8250	CLOPIDOGREL BISSULFATO 75 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,34	R\$ 2.805,00
69	1500	CLORETO DE POTASSIO - 19,1% - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 10 ML	RENAME	R\$ 0,42	R\$ 630,00
70	4500	CLORETO DE SODIO - 0,9% - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 10 ML	RENAME	R\$ 0,36	R\$ 1.620,00
71	750	CLORETO DE SÓDIO - 20% - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 10 ML	RENAME	R\$ 0,36	R\$ 270,00
72	1650	CLORETO DE SODIO 0,9% - SOLUÇÃO NASAL - FRASCO 30ML	RENAME	R\$ 1,43	R\$ 2.359,50
73	12000	CLORPROMAZINA CLORIDRATO 100 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,31	R\$ 3.720,00
74	8250	CLORPROMAZINA CLORIDRATO 25 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,30	R\$ 2.475,00
75	1875	CLORPROMAZINA CLORIDRATO 40 MG/ML - SOLUÇÃO ORAL GOTAS - FRASCO DE 20 ML	RENAME	R\$ 7,44	R\$ 13.950,00
76	900	CLORPROMAZINA CLORIDRATO 5 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 5 ML	RENAME	R\$ 2,48	R\$ 2.232,00
77	1500	COLAGENASE + CLORANFENICOL 0,6 UI + 1% MG/G - POMADA - BISNAGA 30 G	NÃO RENAME	R\$ 12,71	R\$ 19.065,00
78	12000	COMPLEXO B (B1, B2, B3, B5, B6, B12) - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,04	R\$ 480,00
79	375	CREME TIPO PAPAÍNA 10%; MANIPULADO; POTE 100 G	NÃO RENAME	R\$ 13,00	R\$ 4.875,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

80	375	CREME TIPO PAPAÍNA 2%; MANIPULADO; POTE 100 G	NÃO RENAME	R\$ 14,22	R\$ 5.332,50
81	150	CREME TIPO PAPAÍNA 5%; MANIPULADO; POTE 100 G	NÃO RENAME	R\$ 24,00	R\$ 3.600,00
82	375	DAPAGLIFLOZINA 10MG - COMPRIMIDO - AÇÃO JUDICIAL	RENAME	R\$ 4,21	R\$ 1.578,75
83	1500	DESLANOSIDEO 0,2 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 2 ML	NÃO RENAME	R\$ 2,17	R\$ 3.255,00
84	1500	DEXAMETASONA 4 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,22	R\$ 330,00
85	3000	DEXAMETASONA ACETATO 1 MG/G - CREME - BISNAGA DE 10 G	RENAME	R\$ 1,61	R\$ 4.830,00
86	6000	DEXAMETASONA FOSFATO DISSÓDICO - 2 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	NÃO RENAME	R\$ 1,29	R\$ 7.740,00
87	12000	DEXAMETASONA FOSFATO DISSODICO 4 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 2,5 ML	RENAME	R\$ 0,93	R\$ 11.160,00
88	1500	DEXCLORFENIRAMINA MALEATO 0,4 MG/ML - XAROPE - FRASCO DE 120 ML	RENAME	R\$ 2,04	R\$ 3.060,00
89	750	DIAZEPAM 5 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 2 ML	RENAME	R\$ 0,77	R\$ 577,50
90	27000	DIAZEPAM 10 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,07	R\$ 1.890,00
91	4500	DICLOFENACO POTÁSSICO 50 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,08	R\$ 360,00
92	5250	DICLOFENACO SÓDICO 25 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 3 ML	NÃO RENAME	R\$ 0,87	R\$ 4.567,50
93	12000	DICLOFENACO SÓDICO 50 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,06	R\$ 720,00
94	2250	DIGOXINA 0,25 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,14	R\$ 315,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

95	3000	DIMENIDRATO + PIRIDOXINA + GLICOSE + FRUTOSE - 3 MG + 5 MG + 100 MG + 100 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 10 ML	NÃO RENAME	R\$ 8,43	R\$ 25.290,00
96	6750	DIMENIDRINATO + PIRIDOXINA CLORIDRATO 50 + 50 MG/ML (IM) - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	NÃO RENAME	R\$ 1,57	R\$ 10.597,50
97	23250	DIOSMINA + HESPERIDINA 450 MG + 50 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,40	R\$ 9.300,00
98	15750	DIPIRONA 500 MG/ML - SOLUÇÃO ORAL GOTAS - FRASCO DE 10 ML	RENAME	R\$ 1,21	R\$ 19.057,50
99	4500	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 2 ML	RENAME	R\$ 0,63	R\$ 2.835,00
100	38250	DIPIRONA SÓDICA 500 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,13	R\$ 4.972,50
101	150	DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) DE COBRE - ESTÉRIL, DESCARTÁVEL, PARA CONTRACEPÇÃO DE LONGA DURAÇÃO, ACOMPANHADO DE APLICADOR, EM EMBALAGEM INDIVIDUAL, COM REGISTRO NA ANVISA	RENAME	R\$ 87,75	R\$ 13.162,50
102	3375	DIVALPROATO DE SÓDIO 125 MG - CÁPSULA - AÇÃO JUDICIAL	NÃO RENAME	R\$ 0,91	R\$ 3.071,25
103	1650	DOBUTAMINA CLORIDRATO 12,5 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 20 ML	RENAME	R\$ 7,00	R\$ 11.550,00
104	1650	DOPAMINA CLORIDRATO 5 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 10 ML	RENAME	R\$ 2,87	R\$ 4.735,50
105	15750	DOXAZOSINA MESILATO 2 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,10	R\$ 1.575,00
106	4500	DOXAZOSINA MESILATO 4 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,18	R\$ 810,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

107	1500	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/0,4 ML (40 MG EM 0,4 ML DE SOLUÇÃO) - SOLUÇÃO INJETÁVEL - SERINGA PREENCHIDA DE USO SUBCUTÂNEO	RENAME	R\$ 13,50	R\$ 20.250,00
108	2250	EPINEFRINA 1 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	RENAME	R\$ 1,00	R\$ 2.250,00
109	15750	ESCOPOLAMINA BUTILBROMETO + DIPIRONA SÓDICA 10 MG + 250 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,37	R\$ 5.827,50
110	4500	ESCOPOLAMINA BUTILBROMETO 20 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	NÃO RENAME	R\$ 1,04	R\$ 4.680,00
111	8250	ESCOPOLAMINA BUTILBROMETO + DIPIRONA SÓDICA 4 MG + 500 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 5 ML	NÃO RENAME	R\$ 1,32	R\$ 10.890,00
112	1500	ESTRADIOL VALERATO + NORETISTERONA EMANTATO 5 MG + 50 MG/ML - INJETÁVEL - AMPOLA DE 1 ML	RENAME	R\$ 7,71	R\$ 11.565,00
113	1500	ETOMIDATO 2 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 10 ML	NÃO RENAME	R\$ 13,80	R\$ 20.700,00
114	1500	FENITOINA SÓDICA 50 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 5 ML	RENAME	R\$ 2,60	R\$ 3.900,00
115	19500	FENITOINA SÓDICA 100 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,17	R\$ 3.315,00
116	1500	FENOBARBITAL 100 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA DE 2 ML	RENAME	R\$ 2,55	R\$ 3.825,00
117	12000	FENOBARBITAL SÓDICO 100 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,17	R\$ 2.040,00
118	1500	FENOBARBITAL SÓDICO 40 MG/ML - SOLUÇÃO ORAL GOTAS - FRASCO DE 20 ML	RENAME	R\$ 4,54	R\$ 6.810,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

119	1500	FENTANILA CITRATO 0,05 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 10 ML	NÃO RENAME	R\$ 3,15	R\$ 4.725,00
120	8250	FINASTERIDA 5 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,21	R\$ 1.732,50
121	450	FITOMENADIONA 10 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	NÃO RENAME	R\$ 1,98	R\$ 891,00
122	8250	FLUCONAZOL 150 MG - CÁPSULA	RENAME	R\$ 0,44	R\$ 3.630,00
123	600	FLUMAZENIL 0,1 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 5 ML	RENAME	R\$ 5,55	R\$ 3.330,00
124	45750	FLUOXETINA CLORIDRATO 20 MG - CÁPSULA	RENAME	R\$ 0,07	R\$ 3.202,50
125	3000	FUROSEMIDA 10 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA DE 2 ML COM CONCENTRAÇÃO DE 10 MG/ML	RENAME	R\$ 0,70	R\$ 2.100,00
126	8250	FUROSEMIDA 40 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,06	R\$ 495,00
127	2250	GENTAMICINA SULFATO 40 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 2 ML	NÃO RENAME	R\$ 1,13	R\$ 2.542,50
128	2250	GLIBENCLAMIDA 5 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,04	R\$ 90,00
129	8250	GLICLAZIDA 30 MG - COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	RENAME	R\$ 0,18	R\$ 1.485,00
130	5250	GLICLAZIDA 60 MG - COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	RENAME	R\$ 0,32	R\$ 1.680,00
131	1500	GLICONATO DE CÁLCIO 10% - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 10 ML	NÃO RENAME	R\$ 2,04	R\$ 3.060,00
132	2250	GLICOSE 50% - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 10 ML	RENAME	R\$ 0,54	R\$ 1.215,00
133	1500	GLICOSE 50 MG/ML (5%) - SOLUÇÃO INJETÁVEL, SISTEMA FECHADO - BOLSA 500 ML	RENAME	R\$ 4,72	R\$ 7.080,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

134	3000	HALOPERIDOL 1 MG COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,19	R\$ 570,00
135	375	HALOPERIDOL 2 MG/ML - SOLUÇÃO ORAL GOTAS - FRASCO DE 20 ML	RENAME	R\$ 3,37	R\$ 1.263,75
136	8250	HALOPERIDOL 5 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,20	R\$ 1.650,00
137	1500	HALOPERIDOL 5 MG/ML - INJETAVEL - AMPOLA 1 ML	RENAME	R\$ 1,87	R\$ 2.805,00
138	375	HALOPERIDOL SAL DECANOATO 70,52 MG/ML (EQUIV 50 MG/ML DE HALOPERIDOL) - SOLUÇÃO INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA DE 1 ML	RENAME	R\$ 6,00	R\$ 2.250,00
139	1500	HIDRALAZINA CLORIDRATO 20 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	NÃO RENAME	R\$ 6,23	R\$ 9.345,00
140	4500	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,03	R\$ 135,00
141	1500	HIDROCORTISONA SUCCINATO SÓDICO 100 MG - PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA	RENAME	R\$ 2,95	R\$ 4.425,00
142	1875	HIDROCORTISONA SUCCINATO SÓDICO 500 MG (POR FRASCO/AMPOLA) - PÓ LIÓFILO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA	RENAME	R\$ 4,80	R\$ 9.000,00
143	1500	HIDROXIDO DE ALUMINIO 61,5 MG/ML - SUSPENSÃO ORAL - FRASCO 100 ML	RENAME	R\$ 3,18	R\$ 4.770,00
144	3000	IBUPROFENO 100 MG/ML SUSPENSÃO ORAL - FRASCO DE 20 ML	NÃO RENAME	R\$ 2,46	R\$ 7.380,00
145	15750	IBUPROFENO 300 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,14	R\$ 2.205,00
146	2250	IBUPROFENO 50 MG/ML - SUSPENSÃO ORAL GOTAS - FRASCO DE 30 ML	RENAME	R\$ 2,21	R\$ 4.972,50
147	8250	IBUPROFENO 600 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,17	R\$ 1.402,50



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

148	5250	IMIPRAMINA CLORIDRATO 25 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,42	R\$ 2.205,00
149	1500	INSULINA HUMANA LISPRO 100 UI/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - TUBETE 3 ML	NÃO RENAME	R\$ 29,68	R\$ 44.520,00
150	2250	INSULINA HUMANA NPH 100 UI/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - TUBETE DE 3 ML	RENAME	R\$ 30,18	R\$ 67.905,00
151	2250	INSULINA HUMANA REGULAR 100 UI/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - TUBETE DE 3 ML	RENAME	R\$ 25,52	R\$ 57.420,00
152	1500	ISOSSORBIDA DINIDRATO 5 MG - COMPRIMIDO SUBLINGUAL	RENAME	R\$ 0,28	R\$ 420,00
153	1500	IVERMECTINA 6 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,25	R\$ 375,00
154	1500	LACTULOSE 667 MG/ML - XAROPE - FRASCO 120 ML	RENAME	R\$ 4,71	R\$ 7.065,00
155	8250	LEVOFLOXACINO 500 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,75	R\$ 6.187,50
156	1500	LEVOFLOXACINO 750 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 4,40	R\$ 6.600,00
157	1500	LEVOMEPROMAZINA CLORIDRATO 40 MG/ML - SOLUÇÃO ORAL - FRASCO 20 ML	NÃO RENAME	R\$ 11,69	R\$ 17.535,00
158	4500	LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL 0,15 MG + 0,03 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,42	R\$ 1.890,00
159	1500	LEVONORGESTREL 0,75 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 2,02	R\$ 3.030,00
160	8250	LEVOTIROXINA SÓDICA 100 MCG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,14	R\$ 1.155,00
161	2250	LEVOTIROXINA SÓDICA 125 MCG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,34	R\$ 765,00
162	2250	LEVOTIROXINA SÓDICA 150 MCG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,42	R\$ 945,00
163	8250	LEVOTIROXINA SÓDICA 25 MCG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,14	R\$ 1.155,00
164	8250	LEVOTIROXINA SÓDICA 50 MCG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,12	R\$ 990,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

165	8250	LEVOTIROXINA SÓDICA 75 MCG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,33	R\$ 2.722,50
166	225	LIDOCAINA 10% (100 MG/ML) - SOLUÇÃO SPRAY - FRASCO NEBULIZADOR DE 50 ML	RENAME	R\$ 43,10	R\$ 9.697,50
167	2250	LIDOCAINA CLORIDRATO 2% GELÉIA ESTÉRIL - USO TÓPICO E/OU UROLÓGICO - BISNAGA 30 G	RENAME	R\$ 4,72	R\$ 10.620,00
168	4500	LIDOCAINA CLORIDRATO 2% (20 MG/ML) SEM VASOCONSTRITOR - SOLUÇÃO INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA DE 20 ML	RENAME	R\$ 4,14	R\$ 18.630,00
169	1500	LORATADINA 1 MG/ML - XAROPE USO ORAL - FRASCO DE 100 ML	RENAME	R\$ 2,99	R\$ 4.485,00
170	15750	LORATADINA 10 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,07	R\$ 1.102,50
171	375	MANITOL 20% - SOLUÇÃO INJETÁVEL - SIST. FECHADO - FRASCO 250 ML	NÃO RENAME	R\$ 7,85	R\$ 2.943,75
172	600	MEDROXIPROGESTERONA + ESTRADIOL 25 MG +5 MG - SUSPENSÃO INJETÁVEL - AMPOLA 0,5ML	RENAME	R\$ 10,13	R\$ 6.078,00
173	600	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 150 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	RENAME	R\$ 11,28	R\$ 6.768,00
174	5250	METILDOPA 250 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,41	R\$ 2.152,50
175	8250	METILFENIDATO CLORIDRATO 10 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,32	R\$ 2.640,00
176	8250	METILFENIDATO CLORIDRATO 18 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 5,99	R\$ 49.417,50
177	4500	METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 10 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,09	R\$ 405,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

178	1500	METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 5 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA DE 2 ML	RENAME	R\$ 0,65	R\$ 975,00
0179	1500	METRONIDAZOL 100 MG/G GEL VAGINAL - BISNAGA DE 50 G	RENAME	R\$ 5,86	R\$ 8.790,00
180	8250	METRONIDAZOL 250 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,17	R\$ 1.402,50
181	600	METRONIDAZOL 40 MG/ML - SUSPENSÃO ORAL - FRASCO DE 120 ML	RENAME	R\$ 5,61	R\$ 3.366,00
182	600	MICONAZOL 2% - CREME VAGINAL - BISNAGA 60 G	RENAME	R\$ 6,38	R\$ 3.828,00
183	1500	MIDAZOLAM MALEATO 5 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 10 ML	NÃO RENAME	R\$ 2,87	R\$ 4.305,00
184	1875	MIKANIA GLOMERATA (GUACO) 35 MG/ML - XAROPE - FRASCO 120 ML	RENAME	R\$ 2,30	R\$ 4.312,50
185	1500	MORFINA SULFATO 10 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	RENAME	R\$ 2,62	R\$ 3.930,00
186	600	NALBUFINA CLORIDRATO 10 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	NÃO RENAME	R\$ 9,55	R\$ 5.730,00
187	600	NALOXONA CLORIDRATO 0,4 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA DE 1 ML	RENAME	R\$ 6,01	R\$ 3.606,00
188	3000	NEOMICINA + BACITRACINA 5 MG + 250 UI/G POMADA - BISNAGA DE 15 G	NÃO RENAME	R\$ 2,58	R\$ 7.740,00
189	1875	NEOMICINA + BACITRACINA 5 MG + 250 UI/G POMADA - BISNAGA DE 50 G	NÃO RENAME	R\$ 2,84	R\$ 5.325,00
190	15750	NIFEDIPINO 20 MG - COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	NÃO RENAME	R\$ 0,13	R\$ 2.047,50
191	600	NISTATINA 100.000 UI/ML - SUSPENSÃO ORAL - FRASCO DE 50 ML	RENAME	R\$ 5,08	R\$ 3.048,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

192	1500	NISTATINA 25.000UI/G - CREME VAGINAL - BISNAGA DE 60 G	NÃO RENAME	R\$ 6,59	R\$ 9.885,00
193	8250	NITROFURANTOÍNA 100 MG - CÁPSULA	RENAME	R\$ 0,26	R\$ 2.145,00
194	1500	NITROGLICERINA 5 MG/ML - INJETÁVEL - AMPOLA 10 ML	NÃO RENAME	R\$ 37,78	R\$ 56.670,00
195	600	NITROPRUSSETO DE SÓDIO 25 MG/ML - PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 2 ML	NÃO RENAME	R\$ 18,07	R\$ 10.842,00
196	1875	NOREPINEFRINA HEMITARTARATO 2 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 4 ML	RENAME	R\$ 1,40	R\$ 2.625,00
197	150	NORETISTERONA 0,35MG - BLISTER	RENAME	R\$ 0,26	R\$ 39,00
198	7500	NORFLOXACINO 400 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,39	R\$ 2.925,00
199	12000	NORTRIPTILINA CLORIDRATO 25 MG - CÁPSULA	RENAME	R\$ 0,28	R\$ 3.360,00
200	1500	OLANZAPINA 5 MG - COMPRIMIDO - AÇÃO JUDICIAL	RENAME	R\$ 0,36	R\$ 540,00
201	53250	OMEPRAZOL 20 MG - CÁPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	RENAME	R\$ 0,09	R\$ 4.792,50
202	1650	OMEPRAZOL 40 MG/ML - INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA	NÃO RENAME	R\$ 12,60	R\$ 20.790,00
203	2250	ONDANSETRONA CLORIDRATO 4 MG - COMPRIMIDO ORODISPERSÍVEL	NÃO RENAME	R\$ 0,21	R\$ 472,50
204	4500	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 2 ML	NÃO RENAME	R\$ 0,96	R\$ 4.320,00
205	8250	PARACETAMOL 200 MG/ML - SOLUÇÃO ORAL - FRASCO DE 15 ML	RENAME	R\$ 1,19	R\$ 9.817,50
206	8250	PARACETAMOL 500 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,09	R\$ 742,50
207	8250	PARACETAMOL 750 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,12	R\$ 990,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

208	23250	POLIVITAMINICO E MINERAIS (VITAMINAS A, C, D, E, B1, B2, B3, B5, B6, B9, B2 ASSOCIADAS A FERRO, ZINCO, COBRE MANGANÊS, IODO, CROMO E SELÊNIO) - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 1,08	R\$ 25.110,00
209	6000	POLIVITAMINICO E MINERAIS (VITAMINAS A, C, D, E, B1, B2, B3, B5, B6, B9, B2 ASSOCIADAS A FERRO, ZINCO, COBRE MANGANÊS, IODO, CROMO E SELÊNIO) - GOTAS - FRASCO 20 ML	NÃO RENAME	R\$ 5,40	R\$ 32.400,00
210	8250	PREDNISOLONA FOSFATO SÓDICO 3MG/ML - SOLUÇÃO ORAL - FRASCO DE 120 ML	RENAME	R\$ 8,05	R\$ 66.412,50
211	15750	PREDNISONA 20 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,17	R\$ 2.677,50
212	8250	PREDNISONA 5 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,07	R\$ 577,50
213	23250	PROMETAZINA CLORIDRATO 25 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,15	R\$ 3.487,50
214	1875	PROMETAZINA CLORIDRATO 25 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 2 ML	RENAME	R\$ 3,00	R\$ 5.625,00
215	15750	PROPRANOLOL CLORIDRATO 40 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,04	R\$ 630,00
216	1500	PROXIMETACAÍNA CLORIDRATO 0,5% - COLÍRIO - FRASCO DE 5 ML	NÃO RENAME	R\$ 10,92	R\$ 16.380,00
217	600	RETINOL + AMINOÁCIDOS + METIONINA + CLORANFENICOL 10.000UI + 25 MG + 5 MG + 5 MG/G - POMADA OFTÁLMICA - BISNAGA DE 3,5 G	NÃO RENAME	R\$ 11,90	R\$ 7.140,00
218	1500	RISPERIDONA 1 MG/ML - SOLUÇÃO ORAL - FRASCO DE 30 ML	RENAME	R\$ 10,80	R\$ 16.200,00
219	600	RIVAROXABANA 10 MG - COMPRIMIDO - AÇÃO JUDICIAL	NÃO RENAME	R\$ 2,12	R\$ 1.272,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

220	3000	SACARATO DE HIDROXIDO FÉRRICO 20 MG/ML (100 MG/5 ML) - SOLUÇÃO INJETÁVEL ENDOVENOSA - AMPOLA DE 5 ML	RENAME	R\$ 10,80	R\$ 32.400,00
221	4500	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL: CLORETO DE SÓDIO 3,5 G + CLORETO DE POTÁSSIO 1,5 G + CITRATO DE SÓDIO DI-HIDRATADO 2,9 G + GLICOSE 20 G - PÓ PARA SOLUÇÃO ORAL - ENVELOPE 27,9 G	RENAME	R\$ 0,78	R\$ 3.510,00
222	600	SALBUTAMOL SULFATO 100 MCG/DOSE - AEROSOL ORAL - FRASCO 200 DOSES	RENAME	R\$ 11,54	R\$ 6.924,00
223	75750	SERTRALINA CLORIDRATO 50 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,12	R\$ 9.090,00
224	3000	SIMETICONA 75 MG/ML - EMULSÃO ORAL GOTAS - FRASCO DE 15 ML	NÃO RENAME	R\$ 1,70	R\$ 5.100,00
225	150	SOMATROPINA HUMANA 12 UI - PÓ LIÓFILO INJETÁVEL - AÇÃO JUDICIAL	RENAME	R\$ 142,90	R\$ 21.435,00
226	2250	SULFADIAZINA DE PRATA 1% - CREME - BISNAGA DE 50 G	RENAME	R\$ 6,48	R\$ 14.580,00
227	5250	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 400/80MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,16	R\$ 840,00
228	1500	SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPINA 40 + 8MG/ML - SUSPENSÃO ORAL - FRASCO DE 100 ML	RENAME	R\$ 3,10	R\$ 4.650,00
229	450	SULFATO DE MAGNÉSIO 500 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA COM 10 ML	RENAME	R\$ 6,40	R\$ 2.880,00
230	3000	SULFATO FERROSO 25 MG/ML DE FERRO II - SOLUÇÃO ORAL GOTAS - FRASCO DE 30 ML	RENAME	R\$ 1,03	R\$ 3.090,00
231	15750	SULFATO FERROSO 40 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,04	R\$ 630,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

232	600	SUXAMETÔNIO CLORIDRATO 100 MG - PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA	NÃO RENAME	R\$ 18,90	R\$ 11.340,00
233	600	TERBUTALINA SULFATO 0,5 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	NÃO RENAME	R\$ 1,49	R\$ 894,00
234	375	TESTE IMUNOCROMATOGRÁFICO RÁPIDO DE GRAVIDEZ(BETA-HCG) - DETECÇÃO QUALITATIVA DO HORMÔNIO BETA-HCG PRODUZIDO NA GRAVIDEZ, NA URINA E/OU SORO; SENSIBILIDADE MÍNIMA DE 25 MLU/ML. TESTES EM KITS INDIVIDUAIS OU EM TIRAS REATIVAS EMBALADAS INDIVIDUALMENTE. A EMBALAGEM DEVERÁ CONTER LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO E DE VENCIMENTO. A DATA DE VENCIMENTO DEVERÁ SER SUPERIOR A 12 MESES APÓS A DATA DE ENVIO. - UNIDADE	NÃO RENAME	R\$ 0,67	R\$ 251,25
235	8250	TIAMINA CLORIDRATO 300 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,23	R\$ 1.897,50
236	4500	TRAMADOL CLORIDRATO 50 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	NÃO RENAME	R\$ 1,20	R\$ 5.400,00
237	3000	VARFARINA SÓDICA 5 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,14	R\$ 420,00
238	8250	VITAMINAS DO COMPLEXO B (B1, B2, B3, B5, B6) - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 2 ML	NÃO RENAME	R\$ 1,16	R\$ 9.570,00

2.3. DESCRITIVO – COTA RESERVADA 25%:

ITEM	QUANT.	DESCRIÇÃO - APRESENTAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	750	ACEBROFILINA 10 MG/ML - XAROPE - FRASCO DE 120 ML	NÃO RENAME	R\$ 6,00	R\$ 4.500,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

2	750	ACEBROFILINA 5 MG/ML - XAROPE - FRASCO DE 120 ML	NÃO RENAME	R\$ 5,68	R\$ 4.260,00
3	1125	ACICLOVIR 200 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,18	R\$ 202,50
4	250	ACICLOVIR 50 MG/G - CREME DERMATOLÓGICO DE USO TÓPICO - BISNAGA DE 10 G	RENAME	R\$ 2,46	R\$ 615,00
5	7750	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,04	R\$ 310,00
6	1000	ÁCIDO ASCÓRBICO - 100 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 5 ML	NÃO RENAME	R\$ 0,74	R\$ 740,00
7	2250	ÁCIDO FÓLICO 5 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,04	R\$ 90,00
8	1000	ÁCIDO TRANEXÂMICO - 50 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 5 ML	NÃO RENAME	R\$ 4,03	R\$ 4.030,00
9	7750	ÁCIDO VALPRÓICO 250 MG - CÁPSULA	RENAME	R\$ 0,33	R\$ 2.557,50
10	750	ÁCIDO VALPRÓICO 50 MG/ML - XAROPE - FRASCO DE 100 ML	RENAME	R\$ 6,27	R\$ 4.702,50
11	2750	ÁCIDO VALPRÓICO 500 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,61	R\$ 1.677,50
12	200	ADENOSINA, FOSFATO - 3 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 2 ML	NÃO RENAME	R\$ 10,42	R\$ 2.084,00
13	2750	AGUA DESTILADA 10 ML - AMPOLA DILUENTE	RENAME	R\$ 0,22	R\$ 605,00
14	500	ALBENDAZOL 40 MG/ML - SUSPENSÃO ORAL - FRASCO DE 10 ML	RENAME	R\$ 1,19	R\$ 595,00
15	500	ALBENDAZOL 400 MG - COMPRIMIDO MASTIGÁVEL	RENAME	R\$ 0,44	R\$ 220,00
16	625	ALGESTONA ACETOFENIDA + EMANTATO DE ESTRADIOL 150 MG/ML + 10 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	RENAME	R\$ 8,99	R\$ 5.618,75
17	1250	ALOPURINOL 100 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,13	R\$ 162,50



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

18	550	AMICACINA SULFATO 250 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA DE 2 ML	RENAME	R\$ 3,80	R\$ 2.090,00
19	200	AMINOFILINA - 24 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 10 ML	NÃO RENAME	R\$ 2,25	R\$ 450,00
20	750	AMINOFILINA 100 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,08	R\$ 60,00
21	1750	AMIODARONA CLORIDRATO 200 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,44	R\$ 770,00
22	200	AMIODARONA CLORIDRATO 50 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 3 ML	RENAME	R\$ 3,00	R\$ 600,00
23	12750	AMITRIPTILINA CLORIDRATO 25 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,06	R\$ 765,00
24	2750	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 500 MG + 125 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,93	R\$ 2.557,50
25	1500	AMOXICILINA 50 MG/ML - PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL - FRASCO DE 150 ML	RENAME	R\$ 4,70	R\$ 7.050,00
26	1000	AMOXICILINA 50 MG/ML + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 12,5 MG/ML - PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL - FRASCO DE 75 ML	RENAME	R\$ 12,89	R\$ 12.890,00
27	4000	AMOXICILINA 500 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,22	R\$ 880,00
28	2750	ANLODIPINO BESILATO 5 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,03	R\$ 82,50
29	500	ATROPINA SULFATO 0,25 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	RENAME	R\$ 0,80	R\$ 400,00
30	1500	AZITROMICINA 40 MG/ML - PÓ SUSPENSÃO ORAL - FRASCO 22,5 ML	RENAME	R\$ 8,11	R\$ 12.165,00
31	2750	AZITROMICINA 500 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,90	R\$ 2.475,00
32	750	BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 UI - PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA	RENAME	R\$ 8,00	R\$ 6.000,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

33	500	BENZILPENICILINA POTÁSSICA + PENICILINA PROCAINADA 100.000 UI + 300.000 UI - USO INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA	RENAME	R\$ 6,06	R\$ 3.030,00
34	150	BICARBONATO DE SÓDIO 8,40% - SOLUÇÃO INJETÁVEL - SISTEMA FECHADO - FRASCO 250 ML	RENAME	R\$ 26,05	R\$ 3.907,50
35	4000	BIPERIDENO CLORIDRATO 2 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,28	R\$ 1.120,00
36	200	BIPERIDENO LACTATO 5 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	RENAME	R\$ 2,36	R\$ 472,00
37	875	BROMOPRIDA - 5 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 2 ML	NÃO RENAME	R\$ 1,33	R\$ 1.163,75
38	500	BROMOPRIDA 4 MG/ML - SOLUÇÃO ORAL GOTAS - FRASCO DE 20 ML	NÃO RENAME	R\$ 2,01	R\$ 1.005,00
39	1750	BUPROPIONA CLORIDRATO 150 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,35	R\$ 612,50
40	750	CAPTOPRIL 25 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,03	R\$ 22,50
41	625	CARBAMAZEPINA 20 MG/ML - SUSPENSÃO ORAL - FRASCO DE 100 ML	RENAME	R\$ 7,31	R\$ 4.568,75
42	9000	CARBAMAZEPINA 200 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,16	R\$ 1.440,00
43	2750	CARBONATO DE CÁLCIO + VITAMINA D 500 MG+ 400 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,05	R\$ 137,50
44	5250	CARBONATO DE CÁLCIO 1250 MG (500 MG DE CÁLCIO) - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,08	R\$ 420,00
45	2750	CARBONATO DE LÍTIU 300 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,21	R\$ 577,50
46	8	CARVÃO VEGETAL ATIVADO EM PÓ - ABSORVENTE INTESTINAL CONTRA INTOXICAÇÕES - PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL - POTE DE 250 G	RENAME	R\$ 42,29	R\$ 338,32
47	4250	CARVEDILOL 12,5 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,11	R\$ 467,50



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

48	4250	CARVEDILOL 25 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,16	R\$ 680,00
49	1500	CARVEDILOL 3,125 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,09	R\$ 135,00
50	2250	CARVEDILOL 6,25 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,10	R\$ 225,00
51	750	CEFALEXINA 50 MG/ML - PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL - FRASCO DE 100 ML	RENAME	R\$ 10,00	R\$ 7.500,00
52	5250	CEFALEXINA 500 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,60	R\$ 3.150,00
53	1500	CEFTRIAXONA DISSÓDICA HEMIEPTAIDRATADA 1 G (IM/IV) - PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA CONTENDO O EQUIVALENTE A 1 G DE CEFTRIAXONA	RENAME	R\$ 6,80	R\$ 10.200,00
54	2750	CETOPROFENO - 100 MG - EV - PÓ LIÓFILO INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA	NÃO RENAME	R\$ 3,51	R\$ 9.652,50
55	5250	CETOPROFENO - 50 MG/ML - IM - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 2 ML	NÃO RENAME	R\$ 1,55	R\$ 8.137,50
56	1500	CICLOBENZAPRINA 5MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,10	R\$ 150,00
57	1000	CILOSTAZOL 100 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,44	R\$ 440,00
58	200	CIPROFLOXACINO + DEXAMETASONA 3,5 MG/ML + 1 MG/ML - SOLUÇÃO OFTÁLMICA - FRASCO 5 ML	RENAME	R\$ 8,59	R\$ 1.718,00
59	2750	CIPROFLOXACINO CLORIDRATO 500 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,22	R\$ 605,00
60	1500	CLARITROMICINA 500 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 1,56	R\$ 2.340,00
61	1000	CLINDAMICINA CLORIDRATO 300 MG - CÁPSULA	RENAME	R\$ 0,90	R\$ 900,00
62	5250	CLOMIPRAMINA CLORIDRATO 25 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,99	R\$ 5.197,50
63	2000	CLONAZEPAM 0,5 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,07	R\$ 140,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

64	15250	CLONAZEPAM 2 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,05	R\$ 762,50
65	1000	CLONAZEPAM 2,5 MG/ML - SOLUÇÃO ORAL GOTAS - FRASCO DE 20 ML	RENAME	R\$ 2,26	R\$ 2.260,00
66	325	CLONIDINA CLORIDRATO 0,15 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA DE 1 ML	NÃO RENAME	R\$ 7,25	R\$ 2.356,25
67	2250	CLONIDINA CLORIDRATO 0,150 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,33	R\$ 742,50
68	2750	CLOPIDOGREL BISSULFATO 75 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,34	R\$ 935,00
69	500	CLORETO DE POTASSIO - 19,1% - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 10 ML	RENAME	R\$ 0,42	R\$ 210,00
70	1500	CLORETO DE SODIO - 0,9% - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 10 ML	RENAME	R\$ 0,36	R\$ 540,00
71	250	CLORETO DE SÓDIO - 20% - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 10 ML	RENAME	R\$ 0,36	R\$ 90,00
72	550	CLORETO DE SODIO 0,9% - SOLUÇÃO NASAL - FRASCO 30ML	RENAME	R\$ 1,43	R\$ 786,50
73	4000	CLORPROMAZINA CLORIDRATO 100 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,31	R\$ 1.240,00
74	2750	CLORPROMAZINA CLORIDRATO 25 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,30	R\$ 825,00
75	625	CLORPROMAZINA CLORIDRATO 40 MG/ML - SOLUÇÃO ORAL GOTAS - FRASCO DE 20 ML	RENAME	R\$ 7,44	R\$ 4.650,00
76	300	CLORPROMAZINA CLORIDRATO 5 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 5 ML	RENAME	R\$ 2,48	R\$ 744,00
77	500	COLAGENASE + CLORANFENICOL 0,6 UI + 1% MG/G - POMADA - BISNAGA 30 G	NÃO RENAME	R\$ 12,71	R\$ 6.355,00
78	4000	COMPLEXO B (B1, B2, B3, B5, B6, B12) - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,04	R\$ 160,00
79	125	CREME TIPO PAPAÍNA 10%; MANIPULADO; POTE 100 G	NÃO RENAME	R\$ 13,00	R\$ 1.625,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

80	125	CREME TIPO PAPAÍNA 2%; MANIPULADO; POTE 100 G	NÃO RENAME	R\$ 14,22	R\$ 1.777,50
81	50	CREME TIPO PAPAÍNA 5%; MANIPULADO; POTE 100 G	NÃO RENAME	R\$ 24,00	R\$ 1.200,00
82	125	DAPAGLIFLOZINA 10MG - COMPRIMIDO - AÇÃO JUDICIAL	RENAME	R\$ 4,21	R\$ 526,25
83	500	DESLANOSIDEO 0,2 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 2 ML	NÃO RENAME	R\$ 2,17	R\$ 1.085,00
84	500	DEXAMETASONA 4 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,22	R\$ 110,00
85	1000	DEXAMETASONA ACETATO 1 MG/G - CREME - BISNAGA DE 10 G	RENAME	R\$ 1,61	R\$ 1.610,00
86	2000	DEXAMETASONA FOSFATO DISSÓDICO - 2 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	NÃO RENAME	R\$ 1,29	R\$ 2.580,00
87	4000	DEXAMETASONA FOSFATO DISSODICO 4 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 2,5 ML	RENAME	R\$ 0,93	R\$ 3.720,00
88	500	DEXCLORFENIRAMINA MALEATO 0,4 MG/ML - XAROPE - FRASCO DE 120 ML	RENAME	R\$ 2,04	R\$ 1.020,00
89	250	DIAZEPAM 5 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 2 ML	RENAME	R\$ 0,77	R\$ 192,50
90	9000	DIAZEPAM 10 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,07	R\$ 630,00
91	1500	DICLOFENACO POTÁSSICO 50 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,08	R\$ 120,00
92	1750	DICLOFENACO SÓDICO 25 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 3 ML	NÃO RENAME	R\$ 0,87	R\$ 1.522,50
93	4000	DICLOFENACO SÓDICO 50 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,06	R\$ 240,00
94	750	DIGOXINA 0,25 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,14	R\$ 105,00
95	1000	DIMENIDRATO + PIRIDOXINA + GLICOSE + FRUTOSE - 3 MG + 5 MG + 100 MG + 100 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 10 ML	NÃO RENAME	R\$ 8,43	R\$ 8.430,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

96	2250	DIMENIDRINATO + PIRIDOXINA CLORIDRATO 50 + 50 MG/ML (IM) - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	NÃO RENAME	R\$ 1,57	R\$ 3.532,50
97	7750	DIOSMINA + HESPERIDINA 450 MG + 50 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,40	R\$ 3.100,00
98	5250	DIPIRONA 500 MG/ML - SOLUÇÃO ORAL GOTAS - FRASCO DE 10 ML	RENAME	R\$ 1,21	R\$ 6.352,50
99	1500	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 2 ML	RENAME	R\$ 0,63	R\$ 945,00
100	12750	DIPIRONA SÓDICA 500 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,13	R\$ 1.657,50
101	50	DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) DE COBRE - ESTÉRIL, DESCARTÁVEL, PARA CONTRACEPÇÃO DE LONGA DURAÇÃO, ACOMPANHADO DE APLICADOR, EM EMBALAGEM INDIVIDUAL, COM REGISTRO NA ANVISA	RENAME	R\$ 87,75	R\$ 4.387,50
102	1125	DIVALPROATO DE SÓDIO 125 MG - CÁPSULA - AÇÃO JUDICIAL	NÃO RENAME	R\$ 0,91	R\$ 1.023,75
103	550	DOBUTAMINA CLORIDRATO 12,5 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 20 ML	RENAME	R\$ 7,00	R\$ 3.850,00
104	550	DOPAMINA CLORIDRATO 5 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 10 ML	RENAME	R\$ 2,87	R\$ 1.578,50
105	5250	DOXAZOSINA MESILATO 2 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,10	R\$ 525,00
106	1500	DOXAZOSINA MESILATO 4 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,18	R\$ 270,00
107	500	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/0,4 ML (40 MG EM 0,4 ML DE SOLUÇÃO) - SOLUÇÃO INJETÁVEL - SERINGA PREENCHIDA DE USO SUBCUTÂNEO	RENAME	R\$ 13,50	R\$ 6.750,00
108	750	EPINEFRINA 1 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	RENAME	R\$ 1,00	R\$ 750,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

109	5250	ESCOPOLAMINA BUTILBROMETO + DIPIRONA SÓDICA 10 MG + 250 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,37	R\$ 1.942,50
110	1500	ESCOPOLAMINA BUTILBROMETO 20 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	NÃO RENAME	R\$ 1,04	R\$ 1.560,00
111	2750	ESCOPOLAMINA BUTILBROMETO + DIPIRONA SÓDICA 4 MG + 500 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 5 ML	NÃO RENAME	R\$ 1,32	R\$ 3.630,00
112	500	ESTRADIOL VALERATO + NORETISTERONA EMANTATO 5 MG + 50 MG/ML - INJETÁVEL - AMPOLA DE 1 ML	RENAME	R\$ 7,71	R\$ 3.855,00
113	500	ETOMIDATO 2 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 10 ML	NÃO RENAME	R\$ 13,80	R\$ 6.900,00
114	500	FENITOINA SÓDICA 50 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 5 ML	RENAME	R\$ 2,60	R\$ 1.300,00
115	6500	FENITOINA SÓDICA 100 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,17	R\$ 1.105,00
116	500	FENOBARBITAL 100 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA DE 2 ML	RENAME	R\$ 2,55	R\$ 1.275,00
117	4000	FENOBARBITAL SÓDICO 100 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,17	R\$ 680,00
118	500	FENOBARBITAL SÓDICO 40 MG/ML - SOLUÇÃO ORAL GOTAS - FRASCO DE 20 ML	RENAME	R\$ 4,54	R\$ 2.270,00
119	500	FENTANILA CITRATO 0,05 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 10 ML	NÃO RENAME	R\$ 3,15	R\$ 1.575,00
120	2750	FINASTERIDA 5 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,21	R\$ 577,50
121	150	FITOMENADIONA 10 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	NÃO RENAME	R\$ 1,98	R\$ 297,00
122	2750	FLUCONAZOL 150 MG - CÁPSULA	RENAME	R\$ 0,44	R\$ 1.210,00
123	200	FLUMAZENIL 0,1 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 5 ML	RENAME	R\$ 5,55	R\$ 1.110,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

124	15250	FLUOXETINA CLORIDRATO 20 MG - CÁPSULA	RENAME	R\$ 0,07	R\$ 1.067,50
125	1000	FUROSEMIDA 10 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA DE 2 ML COM CONCENTRAÇÃO DE 10 MG/ML	RENAME	R\$ 0,70	R\$ 700,00
126	2750	FUROSEMIDA 40 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,06	R\$ 165,00
127	750	GENTAMICINA SULFATO 40 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 2 ML	NÃO RENAME	R\$ 1,13	R\$ 847,50
128	750	GLIBENCLAMIDA 5 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,04	R\$ 30,00
129	2750	GLICLAZIDA 30 MG - COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	RENAME	R\$ 0,18	R\$ 495,00
130	1750	GLICLAZIDA 60 MG - COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	RENAME	R\$ 0,32	R\$ 560,00
131	500	GLICONATO DE CÁLCIO 10% - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 10 ML	NÃO RENAME	R\$ 2,04	R\$ 1.020,00
132	750	GLICOSE 50% - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 10 ML	RENAME	R\$ 0,54	R\$ 405,00
133	500	GLICOSE 50 MG/ML (5%) - SOLUÇÃO INJETÁVEL, SISTEMA FECHADO - BOLSA 500 ML	RENAME	R\$ 4,72	R\$ 2.360,00
134	1000	HALOPERIDOL 1 MG COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,19	R\$ 190,00
135	125	HALOPERIDOL 2 MG/ML - SOLUÇÃO ORAL GOTAS - FRASCO DE 20 ML	RENAME	R\$ 3,37	R\$ 421,25
136	2750	HALOPERIDOL 5 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,20	R\$ 550,00
137	500	HALOPERIDOL 5 MG/ML - INJETAVEL - AMPOLA 1 ML	RENAME	R\$ 1,87	R\$ 935,00
138	125	HALOPERIDOL SAL DECANOATO 70,52 MG/ML (EQUIV 50 MG/ML DE HALOPERIDOL) - SOLUÇÃO INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA DE 1 ML	RENAME	R\$ 6,00	R\$ 750,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

139	500	HIDRALAZINA CLORIDRATO 20 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	NÃO RENAME	R\$ 6,23	R\$ 3.115,00
140	1500	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,03	R\$ 45,00
141	500	HIDROCORTISONA SUCCINATO SÓDICO 100 MG - PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA	RENAME	R\$ 2,95	R\$ 1.475,00
142	625	HIDROCORTISONA SUCCINATO SÓDICO 500 MG (POR FRASCO/AMPOLA) - PÓ LIÓFILO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA	RENAME	R\$ 4,80	R\$ 3.000,00
143	500	HIDROXIDO DE ALUMINIO 61,5 MG/ML - SUSPENSÃO ORAL - FRASCO 100 ML	RENAME	R\$ 3,18	R\$ 1.590,00
144	1000	IBUPROFENO 100 MG/ML SUSPENSÃO ORAL - FRASCO DE 20 ML	NÃO RENAME	R\$ 2,46	R\$ 2.460,00
145	5250	IBUPROFENO 300 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,14	R\$ 735,00
146	750	IBUPROFENO 50 MG/ML - SUSPENSÃO ORAL GOTAS - FRASCO DE 30 ML	RENAME	R\$ 2,21	R\$ 1.657,50
147	2750	IBUPROFENO 600 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,17	R\$ 467,50
148	1750	IMIPRAMINA CLORIDRATO 25 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,42	R\$ 735,00
149	500	INSULINA HUMANA LISPRO 100 UI/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - TUBETE 3 ML	NÃO RENAME	R\$ 29,68	R\$ 14.840,00
150	750	INSULINA HUMANA NPH 100 UI/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - TUBETE DE 3 ML	RENAME	R\$ 30,18	R\$ 22.635,00
151	750	INSULINA HUMANA REGULAR 100 UI/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - TUBETE DE 3 ML	RENAME	R\$ 25,52	R\$ 19.140,00
152	500	ISOSSORBIDA DINIDRATO 5 MG - COMPRIMIDO SUBLINGUAL	RENAME	R\$ 0,28	R\$ 140,00
153	500	IVERMECTINA 6 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,25	R\$ 125,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

154	500	LACTULOSE 667 MG/ML - XAROPE - FRASCO 120 ML	RENAME	R\$ 4,71	R\$ 2.355,00
155	2750	LEVOFLOXACINO 500 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,75	R\$ 2.062,50
156	500	LEVOFLOXACINO 750 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 4,40	R\$ 2.200,00
157	500	LEVOMEPROMAZINA CLORIDRATO 40 MG/ML - SOLUÇÃO ORAL - FRASCO 20 ML	NÃO RENAME	R\$ 11,69	R\$ 5.845,00
158	1500	LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL 0,15 MG + 0,03 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,42	R\$ 630,00
159	500	LEVONORGESTREL 0,75 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 2,02	R\$ 1.010,00
160	2750	LEVOTIROXINA SÓDICA 100 MCG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,14	R\$ 385,00
161	750	LEVOTIROXINA SÓDICA 125 MCG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,34	R\$ 255,00
162	750	LEVOTIROXINA SÓDICA 150 MCG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,42	R\$ 315,00
163	2750	LEVOTIROXINA SÓDICA 25 MCG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,14	R\$ 385,00
164	2750	LEVOTIROXINA SÓDICA 50 MCG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,12	R\$ 330,00
165	2750	LEVOTIROXINA SÓDICA 75 MCG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,33	R\$ 907,50
166	75	LIDOCAINA 10% (100 MG/ML) - SOLUÇÃO SPRAY - FRASCO NEBULIZADOR DE 50 ML	RENAME	R\$ 43,10	R\$ 3.232,50
167	750	LIDOCAINA CLORIDRATO 2% GELÉIA ESTÉRIL - USO TÓPICO E/OU UROLÓGICO - BISNAGA 30 G	RENAME	R\$ 4,72	R\$ 3.540,00
168	1500	LIDOCAINA CLORIDRATO 2% (20 MG/ML) SEM VASOCONSTRITOR - SOLUÇÃO INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA DE 20 ML	RENAME	R\$ 4,14	R\$ 6.210,00
169	500	LORATADINA 1 MG/ML - XAROPE USO ORAL - FRASCO DE 100 ML	RENAME	R\$ 2,99	R\$ 1.495,00
170	5250	LORATADINA 10 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,07	R\$ 367,50



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

171	125	MANITOL 20% - SOLUÇÃO INJETÁVEL - SIST. FECHADO - FRASCO 250 ML	NÃO RENAME	R\$ 7,85	R\$ 981,25
172	200	MEDROXIPROGESTERONA + ESTRADIOL 25 MG +5 MG - SUSPENSÃO INJETÁVEL - AMPOLA 0,5ML	RENAME	R\$ 10,13	R\$ 2.026,00
173	200	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 150 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	RENAME	R\$ 11,28	R\$ 2.256,00
174	1750	METILDOPA 250 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,41	R\$ 717,50
175	2750	METILFENIDATO CLORIDRATO 10 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,32	R\$ 880,00
176	2750	METILFENIDATO CLORIDRATO 18 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 5,99	R\$ 16.472,50
177	1500	METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 10 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,09	R\$ 135,00
178	500	METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 5 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA DE 2 ML	RENAME	R\$ 0,65	R\$ 325,00
179	500	METRONIDAZOL 100 MG/G GEL VAGINAL - BISNAGA DE 50 G	RENAME	R\$ 5,86	R\$ 2.930,00
180	2750	METRONIDAZOL 250 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,17	R\$ 467,50
181	200	METRONIDAZOL 40 MG/ML - SUSPENSÃO ORAL - FRASCO DE 120 ML	RENAME	R\$ 5,61	R\$ 1.122,00
182	200	MICONAZOL 2% - CREME VAGINAL - BISNAGA 60 G	RENAME	R\$ 6,38	R\$ 1.276,00
183	500	MIDAZOLAM MALEATO 5 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 10 ML	NÃO RENAME	R\$ 2,87	R\$ 1.435,00
184	625	MIKANIA GLOMERATA (GUACO) 35 MG/ML - XAROPE - FRASCO 120 ML	RENAME	R\$ 2,30	R\$ 1.437,50
185	500	MORFINA SULFATO 10 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	RENAME	R\$ 2,62	R\$ 1.310,00
186	200	NALBUFINA CLORIDRATO 10 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	NÃO RENAME	R\$ 9,55	R\$ 1.910,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

187	200	NALOXONA CLORIDRATO 0,4 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA DE 1 ML	RENAME	R\$ 6,01	R\$ 1.202,00
188	1000	NEOMICINA + BACITRACINA 5 MG + 250 UI/G POMADA - BISNAGA DE 15 G	NÃO RENAME	R\$ 2,58	R\$ 2.580,00
189	625	NEOMICINA + BACITRACINA 5 MG + 250 UI/G POMADA - BISNAGA DE 50 G	NÃO RENAME	R\$ 2,84	R\$ 1.775,00
190	5250	NIFEDIPINO 20 MG - COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	NÃO RENAME	R\$ 0,13	R\$ 682,50
191	200	NISTATINA 100.000 UI/ML - SUSPENSÃO ORAL - FRASCO DE 50 ML	RENAME	R\$ 5,08	R\$ 1.016,00
192	500	NISTATINA 25.000UI/G - CREME VAGINAL - BISNAGA DE 60 G	NÃO RENAME	R\$ 6,59	R\$ 3.295,00
193	2750	NITROFURANTOÍNA 100 MG - CÁPSULA	RENAME	R\$ 0,26	R\$ 715,00
194	500	NITROGLICERINA 5 MG/ML - INJETÁVEL - AMPOLA 10 ML	NÃO RENAME	R\$ 37,78	R\$ 18.890,00
195	200	NITROPRUSSETO DE SÓDIO 25 MG/ML - PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 2 ML	NÃO RENAME	R\$ 18,07	R\$ 3.614,00
196	625	NOREPINEFRINA HEMITARTARATO 2 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 4 ML	RENAME	R\$ 1,40	R\$ 875,00
197	50	NORETISTERONA 0,35MG - BLISTER	RENAME	R\$ 0,26	R\$ 13,00
198	2500	NORFLOXACINO 400 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,39	R\$ 975,00
199	4000	NORTRIPTILINA CLORIDRATO 25 MG - CÁPSULA	RENAME	R\$ 0,28	R\$ 1.120,00
200	500	OLANZAPINA 5 MG - COMPRIMIDO - AÇÃO JUDICIAL	RENAME	R\$ 0,36	R\$ 180,00
201	17750	OMEPRAZOL 20 MG - CÁPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	RENAME	R\$ 0,09	R\$ 1.597,50
202	550	OMEPRAZOL 40 MG/ML - INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA	NÃO RENAME	R\$ 12,60	R\$ 6.930,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

203	750	ONDANSETRONA CLORIDRATO 4 MG - COMPRIMIDO ORODISPERSÍVEL	NÃO RENAME	R\$ 0,21	R\$ 157,50
204	1500	ONDASETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 2 ML	NÃO RENAME	R\$ 0,96	R\$ 1.440,00
205	2750	PARACETAMOL 200 MG/ML - SOLUÇÃO ORAL - FRASCO DE 15 ML	RENAME	R\$ 1,19	R\$ 3.272,50
206	2750	PARACETAMOL 500 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,09	R\$ 247,50
207	2750	PARACETAMOL 750 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,12	R\$ 330,00
208	7750	POLIVITAMINICO E MINERAIS (VITAMINAS A, C, D, E, B1, B2, B3, B5, B6, B9, B2 ASSOCIADAS A FERRO, ZINCO, COBRE MANGANÊS, IODO, CROMO E SELÊNIO) - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 1,08	R\$ 8.370,00
209	2000	POLIVITAMINICO E MINERAIS (VITAMINAS A, C, D, E, B1, B2, B3, B5, B6, B9, B2 ASSOCIADAS A FERRO, ZINCO, COBRE MANGANÊS, IODO, CROMO E SELÊNIO) - GOTAS - FRASCO 20 ML	NÃO RENAME	R\$ 5,40	R\$ 10.800,00
210	2750	PREDNISOLONA FOSFATO SÓDICO 3MG/ML - SOLUÇÃO ORAL - FRASCO DE 120 ML	RENAME	R\$ 8,05	R\$ 22.137,50
211	5250	PREDNISONA 20 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,17	R\$ 892,50
212	2750	PREDNISONA 5 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,07	R\$ 192,50
213	7750	PROMETAZINA CLORIDRATO 25 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,15	R\$ 1.162,50
214	625	PROMETAZINA CLORIDRATO 25 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 2 ML	RENAME	R\$ 3,00	R\$ 1.875,00
215	5250	PROPRANOLOL CLORIDRATO 40 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,04	R\$ 210,00
216	500	PROXIMETACAÍNA CLORIDRATO 0,5% - COLÍRIO - FRASCO DE 5 ML	NÃO RENAME	R\$ 10,92	R\$ 5.460,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

217	200	RETINOL + AMINOÁCIDOS + METIONINA + CLORANFENICOL 10.000UI + 25 MG + 5 MG + 5 MG/G - POMADA OFTÁLMICA - BISNAGA DE 3,5 G	NÃO RENAME	R\$ 11,90	R\$ 2.380,00
218	500	RISPERIDONA 1 MG/ML - SOLUÇÃO ORAL - FRASCO DE 30 ML	RENAME	R\$ 10,80	R\$ 5.400,00
219	200	RIVAROXABANA 10 MG - COMPRIMIDO - AÇÃO JUDICIAL	NÃO RENAME	R\$ 2,12	R\$ 424,00
220	1000	SACARATO DE HIDROXIDO FÉRRICO 20 MG/ML (100 MG/5 ML) - SOLUÇÃO INJETÁVEL ENDOVENOSA - AMPOLA DE 5 ML	RENAME	R\$ 10,80	R\$ 10.800,00
221	1500	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL: CLORETO DE SÓDIO 3,5 G + CLORETO DE POTÁSSIO 1,5 G + CITRATO DE SÓDIO DI-HIDRATADO 2,9 G + GLICOSE 20 G - PÓ PARA SOLUÇÃO ORAL - ENVELOPE 27,9 G	RENAME	R\$ 0,78	R\$ 1.170,00
222	200	SALBUTAMOL SULFATO 100 MCG/DOSE - AEROSOL ORAL - FRASCO 200 DOSES	RENAME	R\$ 11,54	R\$ 2.308,00
223	25250	SERTRALINA CLORIDRATO 50 MG - COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R\$ 0,12	R\$ 3.030,00
224	1000	SIMETICONA 75 MG/ML - EMULSÃO ORAL GOTAS - FRASCO DE 15 ML	NÃO RENAME	R\$ 1,70	R\$ 1.700,00
225	50	SOMATROPINA HUMANA 12 UI - PÓ LIÓFILO INJETÁVEL - AÇÃO JUDICIAL	RENAME	R\$ 142,90	R\$ 7.145,00
226	750	SULFADIAZINA DE PRATA 1% - CREME - BISNAGA DE 50 G	RENAME	R\$ 6,48	R\$ 4.860,00
227	1750	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 400/80MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,16	R\$ 280,00
228	500	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 40 + 8MG/ML - SUSPENSÃO ORAL - FRASCO DE 100 ML	RENAME	R\$ 3,10	R\$ 1.550,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA
SÃO PAULO**

229	150	SULFATO DE MAGNÉSIO 500 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA COM 10 ML	RENAME	R\$ 6,40	R\$ 960,00
230	1000	SULFATO FERROSO 25 MG/ML DE FERRO II - SOLUÇÃO ORAL GOTAS - FRASCO DE 30 ML	RENAME	R\$ 1,03	R\$ 1.030,00
231	5250	SULFATO FERROSO 40 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,04	R\$ 210,00
232	200	SUXAMETÔNIO CLORIDRATO 100 MG - PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA	NÃO RENAME	R\$ 18,90	R\$ 3.780,00
233	200	TERBUTALINA SULFATO 0,5 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	NÃO RENAME	R\$ 1,49	R\$ 298,00
234	125	TESTE IMUNOCROMATOGRÁFICO RÁPIDO DE GRAVIDEZ(BETA-HCG) - DETECÇÃO QUALITATIVA DO HORMÔNIO BETA-HCG PRODUZIDO NA GRAVIDEZ, NA URINA E/OU SORO; SENSIBILIDADE MÍNIMA DE 25 MLU/ML. TESTES EM KITS INDIVIDUAIS OU EM TIRAS REATIVAS EMBALADAS INDIVIDUALMENTE. A EMBALAGEM DEVERÁ CONTER LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO E DE VENCIMENTO. A DATA DE VENCIMENTO DEVERÁ SER SUPERIOR A 12 MESES APÓS A DATA DE ENVIO. - UNIDADE	NÃO RENAME	R\$ 0,67	R\$ 83,75
235	2750	TIAMINA CLORIDRATO 300 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,23	R\$ 632,50
236	1500	TRAMADOL CLORIDRATO 50 MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML	NÃO RENAME	R\$ 1,20	R\$ 1.800,00
237	1000	VARFARINA SÓDICA 5 MG - COMPRIMIDO	RENAME	R\$ 0,14	R\$ 140,00
238	2750	VITAMINAS DO COMPLEXO B (B1, B2, B3, B5, B6) - SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 2 ML	NÃO RENAME	R\$ 1,16	R\$ 3.190,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA SÃO PAULO

VALOR GLOBAL MÁXIMO ESTIMADO DO CERTAME: - R\$ 2.283.438,28 (DOIS MILHÕES DUZENTOS E OITENTA E TRÊS MIL QUATROCENTOS E TRINTA E OITO REAIS E VINTE E OITO CENTAVOS)

2.3. Tipo do bem:

O objeto da presente contratação não se enquadra como sendo de bem de luxo, conforme previsão do artigo 4º do Decreto Municipal nº. 2021/2023 se caracterizando como Bens de Consumo.

2.4. Prazo de vigência:

O prazo de vigência da contratação será de **12 (doze) meses**, podendo ser prorrogado na forma do que estabelece o artigo 84 da Lei 14.133/2021.

O instrumento contratual a ser firmado oferecerá maiores detalhamentos das regras que serão aplicadas em relação à vigência da contratação.

3. FUNDAMENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

3.1. A fundamentação completa que dá base a presente contratação e seus quantitativos encontram-se pormenorizada em tópico específico do Estudo Técnico Preliminar de referência, apêndice deste Termo de Referência.

4. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO CONSIDERANDO O CICLO DE VIDA DO OBJETO E ESPECIFICAÇÃO DO PRODUTO

4.1. A descrição da solução como um todo se encontra devidamente pormenorizada em tópico específico do Estudo Técnico Preliminar de referência, apêndice deste Termo de Referência.

5. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

5.1. Dos padrões mínimos:

5.1.1. A CONTRATADA deve cumprir todas as obrigações constantes no Edital, seus anexos e sua proposta, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto.

5.1.2. Todas as despesas de conservação, transporte, carga, descarga, obrigações trabalhistas, acessórias e outras para efetiva entrega dos produtos, correrão por conta da empresa contratada.

5.1.3. Os medicamentos deverão ser fornecidos de forma parcelada, de acordo com as solicitações do Departamento de Saúde.

5.1.4. Os medicamentos **deverão ser entregues em até 05 (cinco) dias úteis**, contadas da solicitação, **sem a exigência de valor ou quantitativo mínimo, na quantidade** e no local determinado pelo setor municipal requisitante, sem custos adicionais.

5.1.5. Os medicamentos fornecidos deverão possuir registro na ANVISA.

5.1.6. O prazo de validade do medicamento entregue **não poderá ser inferior a 540 (quinhentos e quarenta) dias da data de entrega do mesmo.**



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA SÃO PAULO

5.1.7. Os medicamentos fornecidos deverão ter as datas de fabricação e de validade impressas em suas embalagens, de forma legível e em conformidade com as normas sanitárias vigentes.

5.2. A contratada deverá apresentar para sua habilitação declaração formal que, nas entregas dos produtos irá apresentar os seguintes documentos:

- a) *Cópia do certificado em vigor do registro do produto perante o Ministério da Saúde ou comprovação da inexigibilidade de registro, ou cópia da publicação no Diário Oficial da União – DOU, que comprove o número do registro e a data de vencimento, ou ainda pedido de revalidação protocolado no prazo legal. Somente serão aceitos protocolos de solicitação de renovação de registro de medicamentos, os quais tenham sido protocolados na ANISA no 1º (primeiro) semestre do último quinquênio de validade do registro, conforme estabelecido em legislação vigente.*
- b) *Para a comprovação que trata o item acima, também serão aceitos “prints” de páginas do sítio eletrônico (site) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que estarão sujeitos à confirmação pelo setor requisitante;*
- c) *Certificado de Registro ou Certificado de Isenção do Registro dos medicamentos;*
- d) *Os fabricantes e distribuidoras devem cumprir as exigências da Portaria nº 802 de 08/10/1998 do Ministério da Saúde, republicada em 07/04/1999;*
- e) *Em caso de isenção de qualquer dos documentos listados acima, ficará a cargo da(s) empresa(s) vencedora(s) apresentar documentação comprobatória.*

5.2.1. A contratada deverá apresentar para fins de habilitação:

- a) Alvará ou Licença de Funcionamento Municipal vigente, expedido pelo órgão competente, relativo à sede da licitante, compatível com o exercício das atividades relacionadas ao objeto da contratação.
- b) Comprovação de Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE) emitida pela ANVISA (Ministério da Saúde);
- c) Certificado de regularidade técnica junto ao órgão competente;

5.3. Da Regionalidade e Logística de Fornecimento:

5.3.1. A adoção de critérios voltados ao atendimento regional encontra-se fundamentada em situações concretamente verificadas por essa Secretaria Municipal de Saúde durante a execução de contratações anteriores para o fornecimento de medicamentos. Tem sido recorrente a ocorrência de dificuldades no cumprimento dos prazos de entrega por empresas sediadas em localidades distantes do Município, especialmente quando as solicitações envolvem quantitativos reduzidos de determinados medicamentos.

5.3.2. Em diversas situações, fornecedores têm alegado que o reduzido volume solicitado não compensa os custos envolvidos com transporte e frete até o Município, circunstância que ocasiona atrasos nas entregas, solicitações de acumulação de pedidos, postergação do fornecimento e dificuldades no atendimento das demandas encaminhadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

5.3.3. Ressalta-se que as solicitações de medicamentos são realizadas de acordo com a demanda efetiva da Rede Municipal de Saúde, não sendo possível à Administração concentrar ou ampliar artificialmente os quantitativos dos pedidos exclusivamente para viabilizar a logística dos fornecedores, especialmente diante da necessidade de controle de estoque, dos prazos de validade dos medicamentos e da adequada gestão dos recursos públicos.

5.3.4. Tal situação representa risco à continuidade do abastecimento da Rede Municipal de Saúde, considerando que o atraso ou a ausência de entrega de medicamentos essenciais pode comprometer diretamente o atendimento aos pacientes e a continuidade dos serviços públicos de saúde prestados à



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA SÃO PAULO

população.

5.3.5. Diante desse cenário e nos termos do Decreto Municipal nº 2219, de 25 de março de 2026, e das disposições aplicáveis da Lei nº 14.133/2021, será adotado o critério de regionalização da contratação, com delimitação territorial de até 150 km do Município, visando assegurar maior eficiência logística, regularidade no fornecimento e atendimento tempestivo às demandas da Secretaria Municipal de Saúde.

5.3.6. A medida encontra-se pautada no interesse público e nos princípios da eficiência, economicidade, planejamento e continuidade do serviço público, buscando reduzir os riscos de inadimplemento decorrentes de dificuldades logísticas e assegurar que as solicitações da Secretaria Municipal de Saúde, inclusive aquelas realizadas em quantitativos reduzidos, sejam efetivamente atendidas dentro dos prazos estabelecidos.

5.3.7. A delimitação regional não decorre de mera conveniência administrativa ou preferência injustificada quanto à localização dos fornecedores, mas da necessidade de mitigar problemas concretos e reiterados relacionados à logística de entrega, especialmente diante das alegações de fornecedores distantes de que os custos de frete seriam incompatíveis com pedidos de menor quantidade.

5.3.8. Dessa forma, busca-se ampliar a segurança e a eficiência do abastecimento municipal, privilegiando fornecedores com capacidade logística compatível com a dinâmica de consumo da Rede Municipal de Saúde e aptos a realizar entregas tempestivas, independentemente do quantitativo individualmente solicitado, observadas as condições e os prazos previstos no instrumento convocatório.

5.4. Do prazo de resposta:

5.4.1. Para viabilizar maior agilidade na requisição dos medicamentos e permitir a rápida reposição de itens necessários ao atendimento da população, a empresa contratada deverá apresentar a confirmação de fornecimento no prazo máximo **de até 24 (vinte e quatro) horas**, contadas do envio da solicitação pelo Departamento Municipal de Saúde.

5.4.2. O não atendimento do prazo poderá ser considerado descumprimento das condições contratuais, sujeitando a contratada às sanções previstas no edital e na legislação aplicável.

5.5. Da garantia da contratação:

Não haverá exigência de garantia de execução contratual.

5.6. Da exigência de amostras:

Não há necessidade de apresentação de amostra.

5.7. Da sustentabilidade

A contratada deverá adotar, sempre que aplicável à execução do objeto, práticas de sustentabilidade e responsabilidade ambiental, observando a legislação ambiental vigente e priorizando medidas que contribuam para a redução dos impactos ambientais decorrentes de suas atividades, especialmente quanto à adequada gestão e destinação de embalagens e resíduos, à otimização da logística de transporte e à redução do consumo de recursos naturais e da emissão de poluentes.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA SÃO PAULO

6. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

6.1. Da forma de execução:

6.1.1. A execução/entrega do objeto será realizada de modo parcelado, em quantidades variáveis e conforme a necessidade e disponibilidade orçamentária do Município, após a emissão – pelo Setor Responsável – da Autorização de Fornecimento expedida durante o período de validade da Ata de Registro de Preços.

- Esclarecimentos sobre as Autorizações de Fornecimento e entregas poderão ser obtidos através dos endereços de e-mail saudesjbv@sjbelavista.sp.gov.br e farmacia@sjbelavista.sp.gov.br.
- A nota fiscal deverá ser entregue uma via juntamente com o produto e enviado uma cópia para o e-mail saudesjbv@sjbelavista.sp.gov.br/ comprasaude@sjbelavista.sp.gov.br e farmacia@sjbelavista.sp.gov.br. Apenas a Secretária de Saúde é responsável pelo recebimento da nota fiscal via e-mail.

6.1.2. A empresa licitante compromete-se a entregar os materiais ora licitados, imediatamente após a apresentação da solicitação, considerando a necessidade e urgência da efetivação da entrega.

6.1.3. Os medicamentos **deverão ser entregues em até 05 (cinco) dias úteis**, contadas da solicitação, sem a exigência de valor ou quantitativo mínimo, na quantidade e no local determinado pelo setor municipal requisitante, sem custos adicionais, encaminhada através de correio eletrônico ao endereço indicado pelo licitante vencedor.

6.1.4. Caso não seja possível a entrega na data assinalada, a empresa deverá comunicar as razões respectivas com pelo menos **1 (um) dia de antecedência** para que qualquer pleito de prorrogação de prazo seja assinalado, ressalvadas situações de caso fortuito e força maior.

6.1.5. As embalagens deverão conter os dados de identificação, procedência, marca do produto, data de fabricação, prazo de validade, quantidade do produto e número de lote.

6.1.6. As entregas deverão ser realizadas conforme solicitação, em quantidades estimadas de acordo com as necessidades da Farmácia Municipal, devendo os itens possuir embalagens que permita fácil fracionamento, para adequada dispensação aos pacientes.

6.1.7. As entregas deverão ser realizadas conforme solicitação, em quantidade estimada de acordo com as necessidades, dentro do horário estipulado das 8h às 16h, no local pré-determinado.

6.1.8. O prazo de garantia é aquele estabelecido na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor).

6.1.9. A entrega do objeto é de inteira responsabilidade da Contratada, devendo a mesma possuir todos os meios para a sua efetivação, o que inclui pessoal habilitado para realizar o descarregamento, de acordo com as normas vigentes e instruções do Edital e do Termo de Referência.

6.1.10. Todos os custos relacionados com a entrega do objeto, incluindo as despesas com transporte, frete, taxas, tributos ou seguros são de total responsabilidade da Contratada.

6.1.11. Os contratos de aquisição decorrentes da Ata de Registro de Preços serão formalizados pela retirada da nota de empenho pela detentora.

6.1.12. A detentora da Ata de Registro de Preços é obrigada a atender todos os pedidos efetuados durante a vigência da Ata, mesmo que a entrega deles decorrentes estiver prevista para data posterior à do seu vencimento.

6.1.13. Toda aquisição deverá ser efetuada mediante solicitação da unidade requisitante, a qual deverá ser feita através de pedido de compra.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA SÃO PAULO

6.1.14. O fornecedor, quando do recebimento do pedido de compra/nota de empenho, deverá colocar, na cópia que necessariamente a acompanhar, a data e hora em que a tiver recebido, além da identificação de quem realizou o recebimento.

6.1.15. A contratação somente será considerada concluída mediante o recebimento definitivo, expedido por servidor responsável pelo acompanhamento da prestação de serviço(s)/entrega do(s) bem(ns).

6.1.16. Não serão recebidos materiais com especificações em desacordo com as constantes neste Termo de Referência.

6.1.17. A Contratada deverá possuir condições tais que garantam a presteza, responsabilidade, segurança e eficácia na execução do objeto, de modo a obter pleno resultado na realização dos serviços mencionados neste instrumento.

6.2 Do local e da entrega da execução:

6.2.1. Os medicamentos deverão ser entregues na Farmácia Municipal, localizada na Rua Coronel Garcia Lopes, nº 1774, Centro, São José da Bela Vista/SP – CEP 14.440-005, no horário das 8h às 16h, de segunda a sexta-feira, conforme requisição.

6.2.2. A contratada deverá entregar os produtos, conforme data e horários estabelecidos pelo cronograma de entrega encaminhado pelo Departamento de Compras.

7. MODELO DE GESTÃO DE CONTRATO:

7.1. 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 cada parte responderão pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

7.2. 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.

7.3. As comunicações entre o órgão ou entidade e a contratada devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim.

7.4. O órgão ou entidade poderá convocar representante da empresa para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

7.5. Após a assinatura do contrato ou instrumento equivalente, o órgão ou entidade 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.

7.6. A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo(a) servidor(a), Sr(a). **Allyson Ribeiro Carneiro** ou pelos respectivos substitutos, nos termos do que determina a Lei nº 14.133/2021, art.117, caput, para a boa execução técnica e administrativa do contrato celebrado.

7.7. Compete ao fiscal do contrato o regular exercício das atribuições previstas no artigo 17 do Decreto Municipal nº 2022/2023, sem prejuízo das competências legais expressas na Lei 14.133/21, em especial:

- Acompanhar a execução do contrato, para que sejam cumpridas todas as condições estabelecidas no contrato, de modo a assegurar os melhores resultados para a Administração;
- Anotar no histórico de gerenciamento do contrato todas as ocorrências relacionadas à execução do



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA SÃO PAULO

contrato, com a descrição do que entender necessário para a regularização de eventuais faltas ou defeitos observados;

- Identificada qualquer inexatidão ou irregularidade, o fiscal do contrato emitirá notificações para a correção da execução do contrato, determinando prazo para a correção, conforme se verifica no artigo 17, inciso II do Decreto Municipal nº 2022/2023;
- Informar ao gestor do contrato, em tempo hábil, a situação que demandar decisão ou adoção de medidas que ultrapassem sua competência, para que adote as medidas necessárias e saneadoras, se for o caso;
- No caso de ocorrências que possam inviabilizar a execução do contrato nas datas apazadas, o fiscal técnico do contrato comunicará o fato imediatamente ao gestor do contrato;
- O fiscal do contrato comunicará ao gestor do contrato, em tempo hábil, o término do contrato sob sua responsabilidade, com vistas à renovação tempestiva ou à prorrogação contratual;

7.8. Constituir rotina de fiscalização a verificação da manutenção das condições de habilitação da contratada, acompanhamento do empenho, o pagamento, as garantias, as glosas e a formalização de apostila mento e termos aditivos, solicitando quaisquer documentos comprobatórios pertinentes, caso necessário.

7.9. Caso ocorra descumprimento das obrigações contratuais, o fiscal do contrato atuará tempestivamente na solução do problema, reportando ao gestor do contrato para que tome as providências cabíveis, quando ultrapassar a sua competência.

7.10. O gestor do contrato acompanhará a manutenção das condições de habilitação da contratada, para fins de empenho de despesa e pagamento, e anotar os problemas que obstem o fluxo normal da liquidação e do pagamento da despesa no relatório de riscos eventuais.

7.11. O gestor do contrato acompanhará os registros realizados pelos fiscais do contrato, de todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato e as medidas adotadas, informando, se for o caso, à autoridade superior àquelas que ultrapassarem a sua competência.

7.12. O gestor do contrato emitirá documento comprobatório da avaliação realizada pelos fiscais técnico, administrativo e setorial quanto ao cumprimento de obrigações assumidas pelo contratado, com menção ao seu desempenho na execução contratual, baseado nos indicadores objetivamente definidos e aferidos, e a eventuais penalidades aplicadas, devendo constar do cadastro de atesto de cumprimento de obrigações.

7.13. O gestor do contrato tomará providências para a formalização de processo administrativo de responsabilização para fins de aplicação de sanções, a ser conduzido pela comissão de que trata o art. 158 da Lei nº 14.133, de 2021, ou pelo agente ou pelo setor com competência para tal, conforme o caso.

7.14. O gestor do contrato deverá elaborar relatório final com informações sobre a consecução dos objetivos que tenham justificado a contratação e eventuais condutas a serem adotadas para o aprimoramento das atividades da Administração.

8. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E PAGAMENTO

8.1. A avaliação da execução do objeto utilizará para aferição da qualidade da entrega dos produtos.

8.2. Será indicada a retenção ou glosa no pagamento, proporcional à irregularidade verificada, sem prejuízo das sanções cabíveis, caso se constate que a contratada:

8.3. Deixar de executar, ou não executar com a qualidade mínima exigida as atividades contratadas; ou

8.4. Deixar de utilizar materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizá-los com



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA SÃO PAULO

qualidade ou quantidade inferior à demandada.

8.5. A aferição da execução contratual para fins de pagamento considerará os seguintes critérios:

8.5.1. Entrega do material nas condições solicitadas.

8.5.1.1 Os itens serão conferidos pelo fiscal do contrato, ou responsável diretor, presente no local, comprovando o recebimento por meio de assinatura na nota fiscal.

8.6. Liquidação:

Recebida a Nota Fiscal ou documento de cobrança equivalente, correrá o **prazo de trinta dias (30) dias para fins de liquidação**, na forma desta seção, prorrogáveis por igual período, nos termos do art. 7º, 32º da Instrução Normativa SEGES/ME nº 77/2022.

Para fins de liquidação, o setor competente deve verificar se a Nota Fiscal ou Fatura apresentada expressa os elementos necessários e essenciais do documento, tais como:

1. a data da emissão;
2. os dados do contrato;
3. órgão contratante;
4. o período respectivo de execução do contrato;
5. o valor a pagar;
6. eventual destaque do valor de retenções tributárias cabíveis.

8.6.1 Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, esta ficará sobrestada até que o contratado providencie as medidas saneadoras, reiniciando-se o prazo após a comprovação da regularização da situação, sem ônus à contratante;

8.6.2 A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal, constatada por meio de consulta on-line mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais ou à documentação mencionada no art. 68 da Lei nº 14.133/2021.

8.6.3 A Administração deverá realizar consulta para:

- a) verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas no edital;
- b) identificar possível razão que impeça a participação em licitação, no âmbito do órgão ou entidade, proibição de contratar com o Poder Público, bem como ocorrências impeditivas indiretas (INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 3, DE 26 DE ABRIL DE 2018).

8.6.4 Constatando-se, a situação de irregularidade do contratado, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério do contratante.

8.6.5 Não havendo regularização ou sendo a defesa considerada improcedente, o contratante deverá comunicar aos órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal quanto à inadimplência do contratado, bem como quanto à existência de pagamento a ser efetuado, para que sejam acionados os meios pertinentes e necessários para garantir o recebimento de seus créditos.

8.6.6 Persistindo a irregularidade, o contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada ao contratado a ampla defesa.

8.6.7 Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato.

8.7 Prazo de Pagamento:



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA SÃO PAULO

O pagamento será efetuado no **prazo de trinta (30) dias**, contados da finalização da liquidação da despesa, conforme seção anterior, nos termos da [Instrução Normativa SEGES/ME nº 77, de 2022](#).

8.7.1 Forma de Pagamento:

O pagamento será realizado por meio de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente da empresa vencedora da licitação e que foi efetivamente contratada.

Neste sentido, caso a empresa vencedora da licitação não tenha prestado tais informações na proposta adequada ao último lance ofertado, nos exatos termos da cláusula do Edital, o pregoeiro poderá diligenciar junto a empresa para que indique referidas informações antecipadamente a fase de habilitação dos licitantes, sob pena de futura obstrução dos pagamentos pela tesouraria ante a carência de informações bancárias que possibilitem o efetivo pagamento por parte da Municipalidade.

9. FORMAS E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DE FORNECEDOR

9.1 Formas de seleção e critério de julgamento da proposta:

O fornecedor será selecionado por meio da realização de procedimento de **LICITAÇÃO**, na modalidade **PREGÃO**, por **REGISTRO DE PREÇOS**, sob a forma **ELETRÔNICA**, com adoção do critério de julgamento pelo **MENOR PREÇO POR ITEM**.

9.1.1. A participação se dará por meio do Decreto Municipal nº 2219, de 25 de março de 2026, e das disposições aplicáveis da Lei nº 14.133/2021, será adotado o critério de regionalização da contratação, com delimitação territorial de até 150 km do Município, visando assegurar maior eficiência logística, regularidade no fornecimento e atendimento tempestivo às demandas da Secretaria Municipal de Saúde.

A medida encontra-se pautada no interesse público e nos princípios da eficiência, economicidade, planejamento e continuidade do serviço público, buscando reduzir os riscos de inadimplemento decorrentes de dificuldades logísticas e assegurar que as solicitações da Secretaria Municipal de Saúde, inclusive aquelas realizadas em quantitativos reduzidos, sejam efetivamente atendidas dentro dos prazos estabelecidos.

A delimitação regional não decorre de mera conveniência administrativa ou preferência injustificada quanto à localização dos fornecedores, mas da necessidade de mitigar problemas concretos e reiterados relacionados à logística de entrega, especialmente diante das alegações de fornecedores distantes de que os custos de frete seriam incompatíveis com pedidos de menor quantidade.

9.1.2. Para fins de habilitação, o licitante deverá comprovar que preenche o conjunto de informações e documentos necessários e suficientes para demonstrar sua capacidade em realizar o objeto da licitação, nos termos do que estabelece o artigo 62 da Lei 14.133/2021 e de acordo com as disposições normativas previstas no artigo 12 e seguintes do Decreto Municipal nº 2024/2023 e, para tanto, deverá comprovar os seguintes requisitos:

9.1.2.1 Habilitação jurídica

A documentação relativa à **habilitação jurídica da empresa**, cujo **objeto social deverá ser compatível com o objeto licitado**, consistirá em:

- a) Registro empresarial na Junta Comercial, no caso de empresário individual;
- b) no caso de MEI, deverá ser apresentado o Certificado da Condição de Micro empreendedor Individual (CCMEI) e cópia de documento oficial com foto do micro empreendedor;



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA SÃO PAULO

- c) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social atualizado e registrado na Junta Comercial, em se tratando de sociedade empresária;
- d) Documentos de eleição ou designação dos atuais administradores, tratando-se de sociedades empresárias;
- e) Ato constitutivo atualizado e registrado no Registro Civil de Pessoas Jurídicas tratando-se de sociedade não empresária, acompanhado de prova da diretoria em exercício;
- f) Decreto de autorização em se tratando de sociedade empresária estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;
- g) Certidão ou ficha cadastral da Junta Comercial, da sede da licitante, comprovando a qualidade de ME, EPP ou MEI. (Esse documento é obrigatório apenas para ME/EPP/MEI).

9.1.2.2 Habilitação fiscal, social e trabalhista

A documentação relativa à Regularidade Fiscal e Trabalhista consistirá em:

- a) **Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ);**
- b) **Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual**, relativo à sede da licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto do certame;
- c) **Prova de regularidade para com a Fazenda Federal** que deverá ser comprovada através da apresentação de Certidão expedida pela Secretaria da Receita Federal, referente ao ramo de atividade do objeto licitado, relativa ao domicílio (filial) ou sede (matriz) do licitante, não havendo necessidade de apresentação de Certidão emitida pela Procuradoria da Fazenda Nacional;
- d) **Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual – CADIN:** referente ao ramo de atividade do objeto licitado, relativa ao domicílio (filial) ou sede (matriz) do licitante, que deverá ser comprovada através da apresentação de Certidão expedida pela Secretaria da Fazenda do Estado;
- e) **Prova de regularidade para com a Procuradoria Estadual** referente ao ramo de atividade do objeto licitado, relativa ao domicílio (filial) ou sede (matriz) do licitante, que deverá ser comprovada através da apresentação de Certidão expedida pelo Site do Contribuinte da Dívida Ativa;
- f) **Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal (mobiliária)** referente ao ramo de atividade do objeto licitado, relativa ao domicílio (filial) ou sede (matriz) do licitante, que deverá ser comprovada através da apresentação de Certidão expedida pela Prefeitura Municipal do domicílio do licitante.
- g) **Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS** através do Certificado de Regularidade do FGTS - CRF, emitido pela Caixa Econômica Federal.
- h) **Prova de regularidade perante a Justiça do Trabalho**, que deverá ser comprovada através da apresentação da **Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT)**, conforme Lei Federal Nº 12.440 de 07 de julho de 2011.

As provas de regularidade deverão ser feitas por Certidão Negativa ou Certidão Positiva com efeitos de Negativa.

A licitante devidamente enquadrada como Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte, em conformidade com a Lei Complementar nº 123/06, deverá apresentar os documentos relativos à regularidade fiscal e/ou trabalhista, mesmo que apresentem alguma restrição.

Na hipótese de haver alguma restrição relativa à regularidade fiscal e/ou trabalhista, será assegurado prazo de 05 (cinco) dias úteis, prorrogável por igual período, para a regularização da documentação, a realização



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA BELA VISTA SÃO PAULO

do pagamento ou parcelamento do débito e a emissão de eventuais certidões negativas ou positivas com efeito de certidão negativa.

O prazo para regularização fiscal e/ou trabalhista será contado a partir da adjudicação objeto da licitação ao licitante vencedor e homologação o procedimento licitatório.

A não regularização da documentação, no prazo previsto, implicará na decadência do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas na Lei Federal nº 14.133/2021.

9.1.2.3 Qualificação Econômico-Financeira

De forma a demonstrar a prova de **Qualificação Econômico-Financeira**, os licitantes deverão apresentar:

a) **Certidão negativa de falência expedida pelo distribuidor da sede do fornecedor** - Lei nº 14.133, de 2021, art. 69, caput, inciso II) juntamente com a complementar EPROC em caso de empresa com sede no Estado de São Paulo.

9.1.2.4. Documentação complementar para os vencedores da licitação:

- a) Alvará ou Licença de Funcionamento Municipal vigente, expedido pelo órgão competente, relativo à sede da licitante, compatível com o exercício das atividades relacionadas ao objeto da contratação.
- b) Comprovação de Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE) emitida pela ANVISA (Ministério da Saúde);
- c) Certificado de regularidade técnica junto ao órgão competente;
- d) Declaração formal que, nas entregas dos produtos irá apresentar os seguintes documentos constante no item 5.2 do Termo de Referência.

10. ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

10.1. O custo estimado total da contratação é de **R\$ 2.283.438,28 (DOIS MILHÕES DUZENTOS E OITENTA E TRÊS MIL QUATROCENTOS E TRINTA E OITO REAIS E VINTE E OITO CENTAVOS)**, conforme custos unitários apostos na tabela acima.

11. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

11.1. As despesas decorrentes da presente contratação correrão à conta de recursos específicos consignados na Lei Orçamentária Anual.

11.2. Nos termos da legislação orçamentária vigente, as despesas serão empenhadas de acordo com a disponibilidade orçamentária e financeira do exercício, podendo a dotação ser suplementada, se necessário, para garantir a integral execução do objeto contratado.

São José da Bela Vista/SP., 20 de agosto de 2026.

Allyson Ribeiro Carneiro
Farmacêutico

Aline R. Lioni Brando
Secretária Municipal de Saúde