



TERMO DE REFERÊNCIA

1 – DEFINIÇÃO DO OBJETO

1.1. O objeto da presente licitação consiste no REGISTRO DE PREÇOS para aquisições futuras e parceladas de medicamentos, com a finalidade de atender as demandas da Farmácia Básica, a qual distribui e abastece a rede de Saúde Pública Municipal de Carazinho. O quantitativo estimado é para o período de 12 (doze) meses, conforme especificações, quantidades e condições constantes neste documento.

2. FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO

A presente proposição para aquisição de medicamentos, justifica-se pela necessidade de atender os usuários do Sistema Único de Saúde período mínimo de 12 (doze) meses.

3. DOS DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO

3.1. Autorização de Funcionamento da Empresa (AFE), expedida pela ANVISA, em plena validade, em nome do licitante.

3.2 – Autorização de Funcionamento Especial (AE), expedida pela ANVISA, em plena validade, em nome da licitante, somente para aqueles que ofertarem medicamentos sujeitos a controle especial, pertencentes à Portaria MS n.º 344/1998.

3.3 – Alvará Sanitário, expedido pela Vigilância Sanitária Municipal ou Licença Sanitária, expedida pela Vigilância Sanitária Estadual, em plena validade, em nome do licitante.

3.4 – A empresa proponente deverá apresentar documento do Certificado de Registro de Produtos emitido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, em plena validade (identificar o item a que se refere o certificado).

3.5 - Para os medicamentos de notificação simplificada deverá ser apresentada a notificação de acordo com a resolução RDC 199, de 20 de outubro de 2006. Caso o produto esteja cadastrado na ANVISA como isento de registro ou registrado em



outra categoria, esta condição deverá ser comprovada (identificar o item a que se refere o documento).

3.6 – Comprovação de responsabilidade técnica da empresa proponente, exercida por um profissional farmacêutico, emitida pelo Conselho de Farmácia (autenticado), em plena validade.

4. ADJUDICAÇÃO

4.1 – Menor Preço por item.

5. VIGÊNCIA DA ATA

5.1 – A vigência da ata será de doze meses a contar da sua assinatura, sendo que as compras serão realizadas bimestralmente conforme a quantidade necessária para o período citado, pela farmácia básica.

6. PRAZO E LOCAL DE ENTREGA

6.1 – O prazo de entrega do medicamento é de **até dez dias úteis**, a contar do recebimento da nota de empenho pela empresa. A determinação do prazo tem amparo nos processos licitatórios realizados anteriormente pela Administração, bem como se tratar de ação discricionária do órgão, em conformidade com a demanda da Farmácia Básica.

6.2 – Em caso de impossibilidade este deverá ser devidamente justificado pela CONTRATADA, o prazo poderá ser prorrogado, ficando a cargo da Secretaria da Saúde a respectiva análise e aceitabilidade.

Observação: Serão aplicadas as penalidades previstas no edital se a empresa vencedora não respeitar o prazo de entrega.

6.3 – Os itens deverão ser entregues pela CONTRATADA na Farmácia Básica, situada na Avenida Pátria esquina com a rua Barão de Antonina, nº 719 (bairro Centro). Salientamos que o almoxarifado do setor localiza-se no segundo piso do





prédio, desta forma, os materiais não serão aceitos em local distinto, devendo ser de responsabilidade da contratada deixar a transportadora ciente do fato.

Ainda, deverá ser respeitado o horário de entrega, o qual será estipulado na nota de empenho.

6.4 - A empresa fornecedora dos medicamentos será responsável pela contratação de transportadora legalmente habilitada para o devido transporte dos itens até a entrega dos mesmos ao comprador. Em caso de necessidade de troca de laboratório, ou se a validade do medicamento for inferior a doze meses, nesse caso, com a devida carta de troca, a CONTRATADA ficará responsável pela substituição/troca ou reposição dos produtos entregues, e ainda se porventura entregues erroneamente, é responsabilidade da contratada arcar com os danos e reparos necessário para sanar o problema.

6.5 - A cada entrega de medicamentos, deverá ser assinado pelo responsável pelo recebimento, o conhecimento da transportadora após a conferência do material recebido, bem como o medicamento, lote, validade e quantidade de volumes. Após deve ser encaminhada a nota fiscal para a farmacêutica para lançamento no sistema SIMUS.

6.6- No caso de eventual previsão de falta do produto especificado constantes neste Termo de Referência e na proposta a CONTRATADA deverá informar por escrito a CONTRATANTE para que a mesma possa tomar as medidas cabíveis. A comunicação não exclui a responsabilidade da CONTRATADA, pelos prejuízos resultantes da falta do produto contratado.

7 - DO RECEBIMENTO DO PRODUTO LICITADO

7.1 – Será verificado se o produto está com a embalagem em perfeito estado, nas condições de temperatura exigidas no rótulo, se as instruções de uso acompanham o produto e se estão em português;

7.2 – A Administração Municipal não aceitará o medicamento com embalagem amassada, vazamento, sem lacre, defeito de fabricação, fora do prazo de validade ou com validade inferior a 12 (doze) meses do ato da entrega, ou em desconformidade com a marca apresentada na proposta, devendo a vencedora tomar todos os cuidados necessários no transporte;



7.2.1 As empresas podem solicitar previamente e de modo oficial a possibilidade da aceitação de itens com validade inferior ao solicitado, desde que assumam o compromisso de realizar o recolhimento e substituição dos itens caso esses venham a vencer antes de serem utilizados, através da emissão de uma carta de troca.

7.2.2 Não serão aceitos itens em desacordo, sem prévia solicitação de aceite pela Assistência Farmacêutica.

7.2.3 Após a solicitação de recolhimento a empresa tem o prazo máximo de 15 (quinze) dias para proceder o recolhimento e troca dos itens.

7.3 – Os rótulos dos produtos deverão conter informações de acordo com o preconizado às normas específicas da legislação vigente.

7.4 – Na embalagem dos genéricos deverá estar escrito “medicamento genérico” dentro de uma tarja amarela. Além disso, deverá conter impresso “Lei nº 9.787/99”.

7.5 – O medicamento a ser fornecido pela empresa vencedora da licitação deverá apresentar em sua embalagem secundária e/ou primária a expressão “PROIBIDA A VENDA NO COMÉRCIO”.

7.6 – No faturamento da mercadoria, a Nota fiscal deverá apresentar **LOTE** e **VALIDADE** do medicamento, para fins de controle.

7.7 – Considerando-se a impossibilidade de fracionamento de embalagens, conforme normativas da Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA), a proposta deverá conter a quantidade de medicamento (cápsula, comprimido, etc.) por caixa.

7.8 Toda e qualquer entrega em desacordo com o estabelecido neste Edital será imediatamente notificada ao licitante vencedor, que deverá fazer a substituição em, no máximo, 05 (cinco) dias úteis, sendo de responsabilidade do licitante o ônus desta.

8. ESTIMATIVA DA QUANTIDADE DA CONTRATAÇÃO

8.1. A pesquisa de preço é realizada pelo setor de Compras da Secretaria Municipal de Saúde, sendo que os valores dos medicamentos são retirados do banco de dados do Licitacon, vinculado ao Tribunal de Contas do RS, no período máximo de 3 (três) meses. Após, o cálculo é realizado através



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAZINHO
CAPITAL DA HOSPITALIDADE E DA LOGÍSTICA

da média dos mesmos, sendo desconsiderados os valores inexequíveis, além daqueles superestimados.

Informamos que a quantidade máxima e mínima a ser solicitada está especificada na tabela abaixo deste Termo de Referência.

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO ITEM	UND	QUANTIDADE MÍNIMA	QUANTIDADE MÁXIMA
1	50515	ACETATO DE BETAMETASONA + FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA 3MG +3MG – 1ML *NÃO TERMOLÁBEL	AMPOLA	400	2.000
2	41526	ACETATO DE RETINOL + AMINOÁCIDOS + CLORANFENICOL - 3,5G	POMADA	20	200
3	41086	ACICLOVIR 200MG	COMPRIMIDO	10.000	40.000
4	41527	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100MG	COMPRIMIDO	300.000	1.000.000
5	41529	ÁCIDO FÓLICO 5MG	COMPRIMIDO	20.000	80.000
6	48538	ÁCIDO FOLÍNICO 15MG	COMPRIMIDO	*USO APENAS PARA CASOS DE TOXOPLASMOSE, QUANDO NECESSÁRIO	2.000
7	41530	ÁCIDO VALPRÓICO 250MG	CÁPSULAS	60.000	280.000
8	49309	ACIDO VALPRÓICO 500MG	COMPRIMIDO	50.000	220.000
9	41531	ÁGUA PARA INJEÇÃO -5ML	AMPOLA	2.000	20.000
10	41089	ALBENDAZOL 400MG * COMPRIMIDO MASTIGÁVEL	COMPRIMIDO MASTIGÁVEL	500	4.000
11	41090	ALBENDAZOL 40MG/ML - 10ML	FRASCO	400	1.800
12	41092	ALENDRONATO DE SÓDIO 70MG	COMPRIMIDO	8.000	32.000
13	41532	ALPRAZOLAM 0,5MG	COMPRIMIDO	70.000	330.000
14	41533	AMBROXOL XAROPE INFANTIL 15MG/5ML - 100ML	FRASCO	400	3.000
15	41534	AMBROXOL XAROPE ADULTO 30MG/5ML – 100ML	FRASCO	800	6.500
16	41535	AMINOFILINA 100MG	COMPRIMIDO	15.000	50.000
17	41537	AMINOFILINA 24MG/ML – 10ML	AMPOLA	50	400
18	41093	AMOXICILINA SUSPENSÃO 250MG/5ML – 60ML	FRASCO	1.500	6.500
19	41539	AMOXICILINA 500MG *DOSE UNITÁRIA FRACIONADA OU BLISTER C/ 7 CPS	CÁPSULA	25.000	120.000
20	40328	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 500MG + 125MG * DOSE UNITÁRIA OU BLISTER C/ 7CP OU 14CP	CÁPSULA	40.000	200.000



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAZINHO
CAPITAL DA HOSPITALIDADE E DA LOGÍSTICA

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO ITEM	UND	QUANTIDADE MÍNIMA	QUANTIDADE MÁXIMA
21	41095	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO SUSP. 250MG/5ML + 62,5MG/5ML – 75ML	FRASCO	800	5.000
22	41098	ATENOLOL 50MG	COMPRIMIDO	70.000	300.000
23	41099	ATENOLOL 100MG	COMPRIMIDO	12.000	60.000
24	41101	AZITROMICINA 200MG/5ML – 15ML	FRASCO	1.000	5.000
25	41102	AZITROMICINA 500MG * BLISTER COM 5 CP	COMPRIMIDO	12.000	60.000
26	41543	BENZILPENICILINA BENZATINA 600.000 UI – PÓ INJ	AMPOLA	300	1.000
27	41541	BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000UI – SUSP. INJ - 4ML	AMPOLA	400	3.000
28	41105	BESILATO DE ANLODIPINO 10MG	COMPRIMIDO	40.000	200.000
29	41548	BROMETO DE IPRATRÓPIO 0,25MG/ML – GOTAS (Sol. Para Inalação Oral) – 20ML	FRASCO	800	3.200
30	41108	BROMOPRIDA 5MG/ML - 2ML	AMPOLA	150	600
31	41550	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA GOTAS - 10MG/ML – 10ML	FRASCO	400	2.500
32	41551	BUTILBROMETO DE ESCOPALAMINA 20MG/ML - 1ML	AMPOLA	300	1.000
33	41552	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA 10MG + 250MG	COMPRIMIDO	20.000	80.000
34	41553	BUTILBROMETO DE ESCOPALAMINA + DIPIRONA 4MG/ML + 500MG/ML - 5ML	AMPOLA	100	900
35	41554	CAPTOPRIL 25MG	COMPRIMIDO	500	15.000
36	41555	CARBAMAZEPINA 200MG	COMPRIMIDO	120.000	600.000
37	50594	CARBAMAZEPINA 400MG	COMPRIMIDO	10.000	50.000
38	46061	CARBAMAZEPINA 2% - 20MG/ML – SUSPENSÃO ORAL - 100ML	FRASCO	600	3.000
39	41344	CARBONATO DE LÍTIO 300MG	COMPRIMIDO	80.000	400.000
40	41557	CARBONATO DE CÁLCIO + VITAMINA D - 1500MG (600MG DE CÁLCIO) + 400UI *MEDICAMENTO – COM REGISTRO ANVISA	COMPRIMIDO	150.000	550.000
41	41113	CARVEDILOL 3,125MG	COMPRIMIDO	70.000	300.000
42	41114	CARVEDILOL 12,5MG	COMPRIMIDO	40.000	180.000
43	41116	CEFALEXINA SUSPENSÃO 250MG/5ML – 60ML	FRASCO	800	3.000





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAZINHO
CAPITAL DA HOSPITALIDADE E DA LOGÍSTICA

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO ITEM	UND	QUANTIDADE MÍNIMA	QUANTIDADE MÁXIMA
44	44118	CEFALEXINA 500MG *DOSE UNITÁRIA FRACIONADA OU BLISTER C/ 10 CP	COMPRIMIDO	20.000	100.000
45	41558	CETOCONAZOL 200MG	COMPRIMIDO	2.000	10.000
46	41559	CETOPROFENO IM 50MG/ML - 2ML	AMPOLA	1.000	5.000
47	43155	CETOPROFENO IV - 100MG/ML	AMPOLA	300	1.500
48	41117	CINARIZINA 75MG	COMPRIMIDO	35.000	150.000
49	46256	CLINDAMICINA 300MG	CÁPSULAS	*USO APENAS PARA CASOS DE TOXOPLASMOSE, QUANDO NECESSÁRIO	3.000
50	41122	CLONAZEPAM 0,5MG	COMPRIMIDO	8.000	40.000
51	41124	CLONAZEPAM 2MG	COMPRIMIDO	20.000	85.000
52	41123	CLONAZEPAM 2,5MG/ML – SOLUÇÃO ORAL- GOTAS- 20ML	FRASCO	3.000	10.000
53	41560	CLORETO DE POTÁSSIO 10% - 10ML	AMPOLA	50	500
54	41561	CLORETO DE SÓDIO SOLUÇÃO INJETÁVEL - 0,9% - (0,54 mEq/ml) - 10ML	AMPOLA	100	400
55		CLORETO DE SÓDIO 0,9% - SOLUÇÃO FISIOLÓGICA – 100ML * COM GOTEJADOR	FRASCO	300	3.000
56	41563	CLORIDRATO DE AMIODARONA 200MG	COMPRIMIDO	20.000	110.000
57	49310	CLORIDRATO DE AMITRIPTILINA 25MG	COMPRIMIDO	280.000	1.200.000
58	41565	CLORIDRATO DE BIPERIDENO 2MG	COMPRIMIDO	60.000	220.000
59	41125	CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO 500MG * BLISTER C/ 14CP	COMPRIMIDO	18.000	80.000
60		CLORIDRATO DE CLONIDINA 0,150MG	COMPRIMIDO	420	5.000
61	41126	CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 25MG	COMPRIMIDO	24.000	80.000
62	41566	CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 100MG	COMPRIMIDO	40.000	190.000
63	41127	CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 4% - 40MG/ML – 20ML	FRASCO	20	150
64	40329	CLORIDRATO DE FLUOXETINA 20MG	CÁPSULA	250.000	1.200.000
65	41567	CLORIDRATO DE IMIPRAMINA 25MG	COMPRIMIDO	80.000	350.000
66	41130	CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA 2% (20MG/ML) - 5ML *SEM VASOCONSTRITOR	AMPOLA	500	2.400
67	41570	CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA 10MG	COMPRIMIDO	20.000	80.000
68	41571	CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA 4MG/ML- GOTAS (Sol. Oral) – 10ML	FRASCO	300	1.600
69	41572	CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML - 2ML	AMPOLA	200	1.000
70	52490	CLORIDRATO DE ONDANSETRONA 4MG	COMPRIMIDO	5.000	40.000
71	41133	CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25MG	COMPRIMIDO	15.000	65.000





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAZINHO
CAPITAL DA HOSPITALIDADE E DA LOGÍSTICA

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO ITEM	UND	QUANTIDADE MÍNIMA	QUANTIDADE MÁXIMA
72	42538	CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25MG/ML - 2ML	AMPOLA	200	1.000
73	44482	CLORIDRATO DE PROXIMETACAÍNA 0,5% - 5ML	FRASCO	15	80
74	41138	CLORIDRATO DE TIORIDAZINA 50MG	COMPRIMIDO	2.500	12.000
75	41139	CLORIDRATO DE TIORIDAZINA 100MG	COMPRIMIDO	4.000	21.000
76	41575	CLORIDRATO DE VERAPAMIL 80MG	COMPRIMIDO	16.000	65.000
77	41141	COMPLEXO B	COMPRIMIDO	80.000	400.000
78	41627	COMPLEXO B INJ (POLIVITAMINICO)- 2ML	AMPOLA	100	1.000
79	41577	DEXAMETASONA CREME DERMATOLÓGICO – 1MG/G - 10G	TUBO	2.500	10.000
80	41144	DEXAMETASONA 4MG	COMPRIMIDO	4.000	18.000
81	49313	DEXAMETASONA COLÍRIO 0,1%(1MG/ML) - 5ML	FRASCO	40	240
82	41578	DEXAMETASONA 2MG/ML - 1ML	AMPOLA	400	1.800
83	49315	DEXAMETASONA 4MG/ML – 2,5ML	AMPOLA	600	4.000
84	41580	DIAZEPAM 10MG	COMPRIMIDO	60.000	250.000
85	41581	DIAZEPAM SOLUÇÃO INJETÁVEL 5MG/ML - 2ML	AMPOLA	100	600
86	41147	DICLOFENACO SÓDICO 50MG	COMPRIMIDO	15.000	68.000
87	42539	DICLOFENACO DIETILAMÔNIO 10MG/G – GEL - 60G	TUBO	5.000	22.000
88	41582	DICLOFENACO SÓDICO 25MG/ML - 3ML	AMPOLA	400	1.800
89	41583	DIGOXINA 0,25MG	COMPRIMIDO	5.000	25.000
90	40271	DINITRATO DE ISOSSORBIDA 5MG- SUBLINGUAL	COMPRIMIDO	4.500	18.000
91	41586	DINITRATO DE ISOSSORBIDA 10MG	COMPRIMIDO	3.000	15.000
92	41587	DIPIRONA SÓDICA GOTAS 500MG/ML – 20ML	FRASCO	2.000	12.000
93	46062	DIPIRONA SÓDICA 500MG	COMPRIMIDO	60.000	500.000
94	41588	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML - 2ML	AMPOLA	600	2.000
95	41152	ESPIRONOLACTONA 100MG	COMPRIMIDO	5.000	35.000
96	43808	ESTROGÊNIOS CONJUGADOS 0,625MG	COMPRIMIDO	3.920	20.160
97	41596	FENITOÍNA SÓDICA 100MG	COMPRIMIDO	20.000	90.000
98	41598	FENITOÍNA 50MG/ML - 5ML	AMPOLA	50	250
99	42497	FENOBARBITAL 100MG	COMPRIMIDO	40.000	200.000
100	41600	FENOBARBITAL 40MG/ML (4%) GOTAS - 20ML	FRASCO	250	1.500
101	49316	FINASTERIDA 5MG	COMPRIMIDO	30.000	130.000
102	40332	FLUCONAZOL 150MG	CÁPSULA	3.000	18.000

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM 06/08/2024 08:27:08-00-03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSAR <https://c.atende.net/p662089rfc46d>.
POR GABRIELA DE ARAUJO DAZZI - (***) 111.640-*** EM 06/08/2024 08:27





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAZINHO
CAPITAL DA HOSPITALIDADE E DA LOGÍSTICA

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO ITEM	UND	QUANTIDADE MÍNIMA	QUANTIDADE MÁXIMA
103	41158	FOSFATO SÓDICO DE PREDNISOLONA 3MG/ML – SOLUÇÃO – 100ML	FRASCO	1.200	8.000
104	43809	FRUTOSE + ASSOCIAÇÃO - 10ML	AMPOLA	50	500
105	41160	FUROSEMIDA 20MG/2ML - 2ML	AMPOLA	50	600
106	41604	HALOPERIDOL 5MG	COMPRIMIDO	30.000	140.000
107	42543	HALOPERIDOL (DECANOATO) 70,52MG/ML – SOL. INJ. (50MG DE HALOPERIDOL) - 1ML	AMPOLA	600	3.200
108	41605	HEMITARTARATO DE EPINEFRINA 1MG/ML - 1ML	AMPOLA	50	600
109	40239	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO + HIDRÓXIDO DE MAGNÉSIO 60MG/ML + 40MG/ML - 100ML	FRASCO	1.500	6.000
110	41608	IBUPROFENO 50MG/ML GOTAS - 30ML	FRASCO	2.000	8.000
111	41610	IBUPROFENO 600MG	COMPRIMIDO	80.000	400.000
112	41166	IVERMECTINA 6MG	COMPRIMIDO	2.500	15.000
113	52492	LACTULOSE 667MG/ML – XAROPE - 120ML	FRASCO	600	4.000
114	42545	LEVODOPA + BENSERAZIDA 100MG + 25MG HBS *CÁPSULA LIBERAÇÃO PROLONGADA	CÁPSULA LIBERAÇÃO PROLONGADA	12.000	60.000
115	42546	LEVODOPA + BENSERAZIDA 100MG + 25MG DISPERSÍVEL	COMPRIMIDO	8.000	30.000
116	40309	LEVODOPA + BENSERAZIDA 100MG + 25MG BD	COMPRIMIDO	60.000	250.000
117	50246	LEVODOPA + CARBIDOPA 250MG + 25MG	COMPRIMIDO	9.000	42.000
118	41180	LEVOMEPRAMAZINA 100MG	COMPRIMIDO	15.000	70.000
119	41612	LEVOTIROXINA SÓDICA 25MCG	COMPRIMIDO	70.000	260.000
120	41172	LEVOTIROXINA SÓDICA 50MCG	COMPRIMIDO	80.000	350.000
121	41611	LEVOTIROXINA SÓDICA 100MCG	COMPRIMIDO	50.000	220.000
122	41613	LORATADINA 10MG	COMPRIMIDO	24.000	110.000
123	40294	LORATADINA 1MG/ML – XAROPE - 100ML	FRASCO	600	3.500
124	41175	MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA 2MG	COMPRIMIDO	10.000	70.000
125	41176	MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA SOLUÇÃO ORAL 2MG/5ML (0,4MG/ML) - 100ML	FRASCO	300	2.000
126	41177	MALEATO DE ENALAPRIL 5MG	COMPRIMIDO	30.000	150.000
127	40320	MALEATO DE ENALAPRIL 20MG	COMPRIMIDO	60.000	350.000
128	52569	MESILATO DE DOXAZOSINA 2MG	COMPRIMIDO	30.000	150.000
129	41615	METILDOPA 250MG	COMPRIMIDO	50.000	240.000
130	41618	BENZOILMETRONIDAZOL 40MG/ML SUSPENSÃO - 100ML	FRASCO	50	300

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM 06/08/2024 08:27:08-00-03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSAR <https://c.atende.net/p6b2089rfc46d>
POR GABRIELA DE ARAUJO DAZZI - (***) 111.640-0000 EM 06/08/2024 08:27





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAZINHO
CAPITAL DA HOSPITALIDADE E DA LOGÍSTICA

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO ITEM	UND	QUANTIDADE MÍNIMA	QUANTIDADE MÁXIMA
131	41616	METRONIDAZOL 250MG	COMPRIMIDO	15.000	55.000
132	41617	METRONIDAZOL 100MG/G (10%)- CREME VAGINAL - 50G * mínimo 7 aplicadores cada tubo	TUBO	400	2.000
133	43810	MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 20MG	COMPRIMIDO	50.000	225.000
134	40327	MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 40MG	COMPRIMIDO	6.000	35.000
135	41187	NITRATO DE MICONAZOL 20MG/G (2%) - CREME DERMATOLÓGICO - 20G	TUBO	500	1.800
136	41188	NITRATO DE MICONAZOL 20MG/G (2%) – CREME VAGINAL - 80 G * mínimo 7 aplicadores cada tubo	TUBO	400	1.800
137	49082	NALTREXONA 50MG	COMPRIMIDO	5.000	25.000
138	41619	NIFEDIPINO 10MG	COMPRIMIDO	60.000	230.000
139	41186	NISTATINA 25.000UI/G - CREME VAGINAL * mínimo 7 aplicadores cada tubo	TUBO	500	3.500
140	41620	NISTATINA SUSPENSÃO 100.000UI/ML - 30ML	FRASCO	500	2.000
141	41621	NITROFURANTOÍNA 100MG * BLISTER C/ 7CP OU CAIXA C/ 28CP	COMPRIMIDO	20.000	98.000
142	41189	ÓLEO MINERAL - 100ML	FRASCO	1.500	7.200
143	41622	OMEPRAZOL 20MG	CÁPSULA	336.000	1.400.000
144	41190	ÓXIDO DE ZINCO 25% - PASTA D'ÁGUA 100 G	TUBO	50	300
145	41624	PARACETAMOL 200MG/ML GOTAS - 15ML	FRASCO	2.000	10.000
146		PARACETAMOL 500MG	COMPRIMIDO	80.000	400.000
147	52906	PERMETRINA LOÇÃO 1% - 60ML	FRASCO	600	3.000
148		PERMETRINA LOÇÃO 5% - 60ML	FRASCO	300	2.500
149	41192	PREDNISONA 5MG	COMPRIMIDO	20.000	75.000
150	41628	PREDNISONA 20MG *BLISTER C/ 10 CP	COMPRIMIDO	30.000	200.000
151	41630	RISPERIDONA 2MG	COMPRIMIDO	70.000	420.000
152	41631	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL - Pó para Solução Oral - 27,9 G (CLORETO DE SÓDIO 3,5G + CLORETO DE POTÁSSIO 1,5G + CITRATO DE SÓDIO 2,9G + GLICOSE - 20G)	ENVELOPE	500	20.000
153	49615	SIMETICONA 75MG/ML GOTAS - 15ML	FRASCO	600	3.000
154	41196	SINVASTATINA 20MG	COMPRIMIDO	150.000	900.000
155	44338	SINVASTATINA 40MG	COMPRIMIDO	90.000	500.000
156	41632	SOLUÇÃO DE GLICOSE 25% - 10ML	AMPOLA	50	400
157	41633	SUCCINATO DE HIDROCORTISONA 100MG	AMPOLA	100	600
158	41634	SUCCINATO DE HIDROCORTISONA 500MG	AMPOLA	150	800

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM 06/08/2024 08:27 - 03.00.03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSAR <https://c.atende.net/p6b2089rfc46d>.
POR GABRIELA DE ARAUJO DAZZI - (***) 111.640-*** EM 06/08/2024 08:27





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAZINHO
CAPITAL DA HOSPITALIDADE E DA LOGÍSTICA

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO ITEM	UND	QUANTIDADE MÍNIMA	QUANTIDADE MÁXIMA
159	40340	SUCCINATO DE METOPROLOL 50MG *COMPRIMIDO LIBERAÇÃO PROLONGADA	COMPRIMIDO LIBERAÇÃO PROLONGADA	180.000	800.000
160	40344	SULFADIAZINA DE PRATA 1% 10MG/G – CREME 30G	TUBO	600	3.000
161	41635	SULFAMETOXAZOL+ TRIMETOPRIMA 400MG + 80MG	COMPRIMIDO	10.000	40.000
162	40243	SULFAMETOXAZOL+ TRIMETOPRIMA 40MG/ML + 8MG/ML - 100ML	FRASCO	200	1.200
163	41637	SULFATO DE NEOMICINA + BACITRACINA POMADA 5MG/G + 250UI/G - 10G	TUBO	1.500	7.000
164	41639	SULFATO DE SALBUTAMOL 2MG/5ML – XAROPE - 100ML	FRASCO	150	1.000
165	41640	SULFATO FERROSO 109MG (40MG DE FERRO ELEMENTAR)	COMPRIMIDO	80.000	320.000
166	41205	SULFATO FERROSO 125MG/ML(25MG DE FERRO ELEMENTAR) - SOLUÇÃO ORAL (GOTAS) - 30ML	FRASCO	800	4.500
167	41206	SULFATO FERROSO 25MG/ML -SOLUÇÃO ORAL (XAROPE) - 100ML	FRASCO	120	600
168	43811	SULPIRIDA 50MG	COMPRIMIDO	6.000	35.000
169	41208	TARTARATO DE METOPROLOL 100MG	COMPRIMIDO	25.000	120.000
170	41641	VALPROATO DE SÓDIO 250MG/5ML – XAROPE - 100ML	FRASCO	600	4.000
171	41209	VARFARINA SÓDICA 5MG	COMPRIMIDO	12.000	60.000
172	49616	VITAMINA D3 GOTAS (COLECALCIFEROL) 200UI/GOTA - 20ML	FRASCO	700	4.500

(*) Para todos os itens, apenas serão aceitos medicamentos com REGISTRO válido junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

9. DA ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

9.1. As despesas decorrentes da execução do contrato correrão à conta dos Recursos orçamentários oriundos do Orçamento de 2024.

10. DO REAJUSTAMENTO

10.1. Ocorrendo o desequilíbrio econômico-financeiro do contrato, poderá ser restabelecida a relação que as partes pactuaram inicialmente, nos termos do Art. 124,



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAZINHO
CAPITAL DA HOSPITALIDADE E DA LOGÍSTICA

Inciso II, Alínea d, da Lei 14.133/2021, mediante comprovação documental e requerimento expresso do Contratado.

10.2. O reequilíbrio econômico deverá ser precedido de pesquisa de preços prévia no mercado, banco de dados, índices ou tabelas oficiais e/ou outros meios disponíveis que assegurem o levantamento adequado das condições de mercado, envolvendo todos os elementos materiais para fins de guardar a justa remuneração do objeto contratado e no embasamento da decisão de deferir ou rejeitar o pedido.

Carazinho, 20 de junho de 2024.

Gabriela de Araújo Dazzi

Farmacêutica CRF/RS 16076

Matrícula 10774

Responsáveis pela elaboração do Termo de Referência

Vanessa Kemmerich

Setor de Compras

Responsável pela pesquisa de preços

Ana Elisa Pádua

Secretária de Saúde

Carazinho/RS

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/08/2024 08:27-03:00-03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSAR: <https://c.atende.net/pt66b2089ftc46d>.
POR GABRIELA DE ARAUJO DAZZI - (***111.640-**) EM 06/08/2024 08:27

