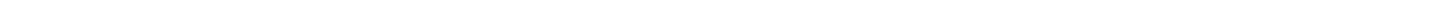




PREFEITURA MUNICIPAL SANTA CRUZ DA CONCEIÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR





PREFEITURA MUNICIPAL SANTA CRUZ DA CONCEIÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR –ETP

1. DADOS DO ÓRGÃO GERENCIADOR:

ÓRGÃO: Departamento Municipal de Saúde

ENDEREÇO: Rua Gabriel Francisco 370 –Centro

CIDADE: Santa Cruz da Conceição

DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE: Simone Knorre

2. INTRODUÇÃO

2.1 O presente estudo técnico tem por objetivo embasar a realização de um processo licitatório para a eventual aquisição de medicamentos/suplementos, alimentos com alegações de propriedades funcionais ou congêneres do REMUNE para o abastecimento do Departamento de Saúde do município de Santa Cruz da Conceição. A iniciativa visa promover acessibilidade populacional a distribuição de medicamentos/suplementos disponíveis pela rede SUS.

3. OBJETIVO

3.1 Caracterizar, através do Estudo Técnico Preliminar (ETP), determinada necessidade para aquisição de medicamentos/suplementos para atender as necessidades do Departamento Municipal de Saúde de Santa Cruz da Conceição –SP. A aquisição dos medicamentos/suplementos, alimentos com alegações de propriedades funcionais ou congêneres visa suprir as necessidades da Unidade Básica de Saúde, Estratégia da Saúde da Família e Farmácia Municipal. Constitui-se um dos elementos básicos a continuação do fornecimento de medicamentos/suplementos aos munícipes de Santa Cruz da Conceição por um período de 12(doze) meses.

4. DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE

4.1 O presente ETP refere-se a eventual aquisição, pelo prazo de 12(meses), de medicamentos, visando a continuação do fornecimento aos munícipes.

4.2 A seleção dos itens a serem adquiridos, suas quantidades, bem como suas descrições, ficam a cargo do farmacêutico responsável, através de planejamento feito e estudo prévio baseando em anos anteriores.

4.3 Eventual não aquisição acarretaria prejuízo à saúde dos enfermos atendidos.

4.4 Além do fato que a lei nº 8.080/90, em seu artigo 6º, estabelece como campo de atuação do Sistema Único de Saúde a ‘formulação da política de medicamentos (...) de interesse para a saúde (...)’, **garantindo um direito fundamental do ser humano “Saúde”**. Considerando que seu propósito precípua é o garantir a necessidade segurança, eficácia e qualidade dos materiais, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.



PREFEITURA MUNICIPAL SANTA CRUZ DA CONCEIÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

5. ESTIMATIVA DA DEMANDA

5.1 As quantidades e tipos de medicamentos variam de acordo com a demanda do Setor.

5.2 A estimativa é baseada em consumos anteriores, aplicando-se uma margem de segurança, pois se trata de saúde, não sendo possível a precisão exata da quantidade, uma vez que o perfil epidemiológico está em constante mudança.

5.3 DA QUANTIDADE ESTIMADA:

item	Cód. Produto	Descrição	Unidade	Quantidade	Valor Unitário
1	013.002.091	ACETILCISTEINA 10% 3ML AMPOLA ACETILCISTEINA 10% 3ML AMPOLA	AMP	500	_____
2	013.002.051	ACETILCISTEINA 20MG/ML - XAROPE ACETILCISTEINA 20MG/ML - XAROPE 120 ml	FRS	1500	_____
3	013.002.031	ACICLOVIR 200MG ACICLOVIR 200MG	CPR	5000	_____
4	013.002.044	ACICLOVIR POMADA 50MG - 10G ACICLOVIR PDA	TB	500	_____
5	013.002.002	ACIDO ACETILSALICILICO 100MG ACIDO ACETILSALICILICO 100MG	CPR	100000	_____
6	013.002.030	ACIDO FOLICO 5MG ACIDO FOLICO 5MG	CPS	20000	_____
7	013.002.083	ACIDO TRANSAMINICO 250 MG ACIDO TRANEXAMICO 250 MG	CPR	10000	_____
8	013.002.054	ACIDO VALPRÓICO 250 MG ACIDO VALPRÓICO 250 MG	CPR	20000	_____
9	013.002.003	ADRENALINA 1MG/ML INJ 1ML ADRENALINA 1MG/ML INJ 1ML	AMP	500	_____
10	013.002.087	ALBENDAZOL 400MG ALBENDAZOL 400MG	CPS	3000	_____
11	013.002.038	ALBENDAZOL 40mg/ml -10 ML SUSP ALBENDAZOL 40mg/ml -10 ML SUSP	FRS	1000	_____
12	013.002.025	ALENDRONATO SODIO 70MG ALENDRONATO SODIO 70MG	CPS	2000	_____
13	013.001.003	ALIMENTO NUTRICIONAL COMPLETO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL Alimento nutricional completo para nutrição enteral ou oral, hipercalórico, sem lactose, sacarose e glúten. Densidade calórica 1,5kcal/ml. Embalagem Tetra Pack de 1000 ml. Referências: Nutri Enteral 1,5/ Isosource 1.5/ Trophic 1.5	FRS	400	_____
14	013.002.111	ALIMENTO NUTRICIONALMENTE COMPLETO PARA NUTRIÇÃO E Alimento nutricional completo para nutrição enteral, mistura de proteínas animais e vegetais. Isento de lactose, sacarose e glúten. Embalagem Tetra Pack de 1 litro Referência: Trophic Basic	FRS	600	_____
15	013.002.004	ALOPURINOL 100MG ALOPURINOL 100MG	CPR	40000	_____
16	013.002.032	ALOPURINOL 300MG ALOPURINOL 300MG	CPS	40000	_____
17	013.002.037	ALPRAZOLAM 0,5MG ALPRAZOLAM 0,5MG	CPR	60000	_____
18	013.002.104	AMICACINA 250 MG /ML 2 ML AMICACINA 250 MG /ML 2 ML	AMP	300	_____
19	013.002.005	AMINOFILINA 100MG AMINOFILINA 100MG	CPR	6000	_____
20	013.002.006	AMINOFILINA 240MG INJ AMINOFILINA 240MG INJ	AMP	200	_____



PREFEITURA MUNICIPAL SANTA CRUZ DA CONCEIÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Cód. Produto	Descrição	Unidade	Quantidade	Valor Unitário
21	013.002.012	AMIODARONA 200MG	CPR	20000	
22	013.002.119	AMIODARONA 50MG/ML 3 ML	AMP	300	
23	013.002.019	AMITRIPTILINA 25MG AMITRIPTILINA 25MG	CPS	20000	
24	013.002.060	AMOXICILINA 875 +CLAVULONATO 125 MG AMOXICILINA 875 +CLAVULONATO 125 MG	CPR	20000	
25	013.002.007	AMOXICILINA TRIIDRATADA 500MG AMOXICILINA TRIIDRATADA 500MG	CPS	5000	
26	013.002.094	AMOXICILINA+CLAV. 250MG+62.5MG/M AMOXICILINA+CLAV. 250MG+62.5MG/M 75ml	FRS	500	
27	013.002.067	ANLODIPINA 5MG ANLODIPINA 5MG	CPR	50000	
28	013.002.018	ATENOLOL 25MG ATENOLOL 25MG	CPS	50000	
29	013.002.109	ATROPINA 0,25 MG/ML 1 ML ATROPINA 0,25 MG/ML 1 ML	AMP	200	
30	013.002.027	AZITROMICINA 500MG AZITROMICINA 500MG	CPS	10000	
31	013.002.020	AZITROMICINA 600MG SUSPENSÃO AZITROMICINA 600MG SUSPENSÃO	FRS	1000	
32	013.003.003	BENZIL PENIC. BENZ. 1.200.000UI INJ BENZIL PENIC. BENZ. 1.200.000UI INJ	FRP	500	
33	013.003.027	BICARBONATO DE SODIO 8,4% BICARBONATO DE SODIO 8,4% - 10ML	AMP	200	
34	013.003.050	BIPERIDENO 2MG COMP BIPERIDENO 2MG COMP	CPR	5000	
35	013.003.040	BROMAZEPAM 3MG BROMAZEPAM 3MG	CPR	30000	
36	013.003.071	BROMOPRIDA GOTAS	FRS	1000	
37	013.003.048	BRONFENIRAMINA 2MG/5ML + FENILEFRINA 5MG/5ML XAROPE BRONFENIRAMINA 2MG/5ML + FENILEFRINA 5MG/5ML XAROPE	FRS	800	
38	013.003.049	BRONFENIRAMINA 2MG/ML + FENILEFRINA 2,5MG/ML GOTAS 20 BRONFENIRAMINA 2MG/ML + FENILEFRINA 2,5MG/ML GOTAS 20ML	FRS	500	
39	003.003.239	BUDESONIDA 50MCG AEROSOL NASAL - 10 ML BUDESONIDA 50MCG AEROSOL NASAL - 10 ML	FRS	1000	
40	013.003.015	BUPROPIONA 150MG BUPROPIONA 150MG	CPS	20000	
41	013.004.129	CAFEINA , CARISOPRODOL , DICLOF. SOD. PARAC.. 30/125/50/30 DRG CAFEINA , CARISOPRODOL , DICLOF. SOD. PARAC.. 30/125/50/300		25000	
42	013.004.012	CARBAMAZEPINA 200MG CARBAMAZEPINA 200MG	CPR	15000	
43	013.004.011	CARBAMAZEPINA 20MG/ML SUSP. 100ML CARBAMAZEPINA 20MG/ML SUSP. 100ML	FRS	500	
44	013.004.065	CARBONATO DE CALCIO 500MG CARBONATO DE CALCIO 500MG	CPS	20000	
45	013.004.144	CARBONATO DE CALCIO 600MG + COLECALCIFEROL 200MG CARBONATO DE CALCIO 600mg + COLECALCIFEROL 200MG	CPR	20000	



PREFEITURA MUNICIPAL SANTA CRUZ DA CONCEIÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Cód. Produto	Descrição	Unidade	Quantidade	Valor Unitário
46	013.004.025	CARBONATO DE LÍCIO 300MG CARBONATO DE LÍCIO 300MG	CPR	10000	_____
47	013.004.035	CARVEDILOL 12,5MG CARVEDILOL 12,5MG	CPS	40000	_____
48	013.004.158	CARVEDILOL 25 MG CARVEDILOL 25 MG	CPR	20000	_____
49	013.004.096	CARVEDILOL 3,125MG CARVEDILOL 3,125MG	CPR	20000	_____
50	013.004.097	CARVEDILOL 6,25MG CARVEDILOL 6,25MG	CPR	30000	_____
51	013.004.003	CEFALEXINA 500MG CEFALEXINA 500MG	CPS	10000	_____
52	013.004.029	CEFTRIAXONA 1G INJ CEFTRIAXONA 1G INJ	AMP	2000	_____
53	013.004.036	CEFTRIAXONA 1G INJ + DILUENTE (LIDOCAINA) CEFTRIAXONA 1G INJ + DILUENTE (LIDOCAINA) IM	AMP	2000	_____
54	013.004.051	CETOCONAZOL + BETAMETASONA CR. CETOCONAZOL + BETAMETASONA CR.	TB	2000	_____
55	013.004.046	CETOCONAZOL CREME 30GR CETOCONAZOL CREME 30GR	BNG	1000	_____
56	013.004.172	CETOPROFENO 100 MG IV	AMP	1000	_____
57	013.004.152	CETOPROFENO 100 MG/2 ML CETOPROFENO 100 MG/2 ML	AMP	1000	_____
58	013.004.048	CETOPROFENO 100MG CETOPROFENO 100MG	CPR	20000	_____
59	013.004.042	CICLOBENZAPRINA 10MG CICLOBENZAPRINA 10MG	CPS	20000	_____
60	013.004.115	CILOSTAZOL 50MG CILOSTAZOL 50MG	CPR	40000	_____
61	013.004.006	CINARIZINA 75MG CINARIZINA 75MG	CPR	40000	_____
62	013.004.030	CIPROFLOXACINA 500MG CIPROFLOXACINA 500MG	CPR	20000	_____
63	013.004.057	CITALOPRAM 20MG CITALOPRAM 20MG	CPR	50000	_____
64	013.004.169	CITRATO DE FENTANILA 50MCG/ML X 2ML CITRATO DE FENTANILA 50MCG/ML X 2ML	AMP	100	_____
65	013.004.034	CLARITROMICINA 500MG CLARITROMICINA 500MG	CPS	5000	_____
66	013.004.038	CLOMIPRAMINA 25MG CLOMIPRAMINA 25MG	CPR	10000	_____
67	013.004.098	CLONAZEPAM 2MG CLONAZEPAM 2MG	CPR	60000	_____
68	013.004.073	CLOPIDOGREL 75MG CLOPIDOGREL 75MG	CPR	60000	_____
69	013.004.081	CLORETO DE POTÁSSIO 19,1 % INJETÁVEL IV CLORETO DE POTÁSSIO 19,1 % INJETÁVEL IV	AMP	200	_____
70	013.004.028	CLORETO DE SODIO 0,9% - 10ML	AMP	200	_____



PREFEITURA MUNICIPAL SANTA CRUZ DA CONCEIÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Cód. Produto	Descrição	Unidade	Quantidade	Valor Unitário
71	013.004.037	CLORETO DE SÓDIO 0,9% - 10ML CLORETO DE SÓDIO 9,0mg/ml + CLORETO DE BENZALCÔNIO 0,1 mg/ml - 30ML	FRS	2000	_____
72	013.004.145	CLORIDRATO DE TIAMINA 100MG+CLORIDRATO DE PIRIDOXINA 100MG+CIANOCOBALAMINA 5.000MCG INJ	AMP	2000	_____
73	013.004.085	CLORPROMAZINA 5MG /ML AMPOLA DE 5ML	AMP	200	_____
74	013.004.005	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 100MG (SERZONE) CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 100MG (SERZONE)	CPR	5000	_____
75	013.004.151	CLOSTEBOL 5 MG + SULFATO DE NEOMICINA 5 MG CREME VAGI BNG CLOSTEBOL 5 MG + SULFATO DE NEOMICINA 5 MG CREME VAGINAL		500	_____
76	013.004.100	CODEINA 30MG + PARACETAMOL 500MG	CPR	30000	_____
77	013.004.099	COLAGENASE + CLORANFENICOL 30G COLAGENASE 0,6UI + CLORANFENICOL 0,01g - 30G	TB	1000	_____
78	013.004.016	CUMARINA 15MG + TROXERRUTINA 90MG CUMARINA 15MG + TROXERRUTINA 90MG	CPS	60000	_____
79	013.005.018	DELTAMETRINA 0,02% SHAMPOO - 100ML DELTAMETRINA 0,02% SHAMPOO - 100ML	FRS	500	_____
80	013.005.083	DEXAMETASONA 0,1% + NEOMICINA (SULFATO0,5%) + POLIMIXI B COLIRIO 5ML	FRS	900	_____
81	013.005.114	DEXAMETASONA 0,1% COLIRIO DEXAMETASONA 0,1% COLIRIO	FRS	500	_____
82	013.005.002	DEXAMETASONA 0,1% POMADA DEXAMETASONA 0,1% POMADA	TB	1000	_____
83	013.005.057	DEXAMETASONA 4 MG +PIRIDOXINA +TIAMINA +CIANOCOBALAM AMP DEXAMETASONA 4 MG(AMPOLA A) + (AMPOLA B) PIRIDOXINA +TIAMINA +CIANOCOBALAMINA	AMP	2000	_____
84	013.005.012	DEXAMETASONA 4MG/ML INJ (IM / IV) DEXAMETASONA 4MG/ML INJ (IM / IV)	AMP	2000	_____
85	013.005.043	DEXAMETASONA+SULFATO DE NEOMICINA+CLORIDRATO DE FE NASAL 20ML	FRS	50	_____
86	013.005.062	DEXCLORFENIRAMINA 2 MG/5 ML XAROPE - 100ml DEXCLORFENIRAMINA 2 MG/5 ML XAROPE - 100ml	FRS	500	_____
87	013.005.010	DIAZEPAN 5MG/ML INJ DIAZEPAN 5MG/ML INJ	AMP	500	_____
88	013.005.019	DICLOFENACO 25MG/ML INJ DICLOFENACO 25MG/ML INJ	AMP	1000	_____
89	013.005.042	DICLOFENACO 60G DICLOFENACO 60G	TB	2000	_____
90	013.005.023	DIMENIDRATO + CLORIDRATO DE PIROXINA 25/5MG GOTAS DIMENIDRATO + CLORIDRATO DE PIROXINA 25/5MG GOTAS	FRS	1000	_____
91	013.005.038	DIMENIDRATO + CLORIDRATO DE PIROXINA B6 DL INJ - 10ML (IV) DIMENIDRATO + CLORIDRATO DE PIROXINA B6 DL INJ - 10ML (IV)	AMP	1000	_____
92	013.005.009	DIMENIDRATO + CLORIDRATO DE PIROXINA B6 INJ - 1ML (IM)	AMP	1000	_____



PREFEITURA MUNICIPAL SANTA CRUZ DA CONCEIÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Cód. Produto	Descrição	Unidade	Quantidade	Valor Unitário
		DIMENIDRATO + CLORIDRATO DE PIROXINA B6 INJ - 1ML (IM)			
93	013.005.126	DIMETICONA 75MG/ML 15 ML	FRS	5000	
		DIMETICONA 75MG/ML 15 ML			
94	013.005.088	DIOSMINA + HESPERINA 500 MG	CPR	60000	
		DIOSMINA + HESPERINA 500 MG			
95	013.005.005	DIPIRONA 50PC SOL ORAL 10ML	FRS	2000	
		DIPIRONA 500 mg / ml sol.oral 10 ml			
96	013.005.006	DIPIRONA SODICA 500MG	CPR	50000	
		DIPIRONA SODICA 500MG			
97	013.005.007	DIPIRONA SODICA 500MG/ML INJ	AMP	5000	
		DIPIRONA SODICA 500MG/ML INJ			
98	013.005.082	DIPROPIONATO BETAMETASONA + FOSF. DISSÓDICO BETAMET	AMP	1000	
		DIPROPIONATO DE BETAMETASONA + FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA 5MG/ML + 2MG/ML			
99	013.005.116	DOMPERIDONA 10 MG	CPR	50000	
		DOMPERIDONA 10 MG			
100	013.005.070	DOMPERIDONA SUSPENSÃO 100ML	FRS	500	
		DOMPERIDONA SUSPENSÃO 100ML			
101	013.005.027	DOPAMINA 50MG X 10ML	AMP	200	
		DOPAMINA 50MG X 10ML			
102	013.005.024	DOXAZOSINA 2MG	CPR	20000	
		DOXAZOSINA 2MG			
103	013.005.091	DOXAZOSINA 4MG	CPR	20000	
		DOXAZOSINA 4MG			
104	013.005.101	DUTASTERIDA 0,5 MG	CPR	10000	
		DUTASTERIDA 0,5 MG			
105	013.006.004	ENALAPRIL 10MG	CPR	50000	
		ENALAPRIL 10MG			
106	013.006.032	ESCOPOLAMINA COMPOSTA GOTAS 20ML	FRS	500	
		ESCOPOLAMINA COMPOSTA GOTAS 20ML			
107	013.006.005	ESPIRONOLACTONA 25MG	CPS	30000	
		ESPIRONOLACTONA 25MG			
108	013.006.051	ESTRADIOL 1 MG E 0,5 MG DE ACETATO DE NORETISTERONA	CRT	200	
		1 mg de estradiol (um estrogênio idêntico ao produzido nos ovários) e 0,5 mg de acetato de noretisterona			
109	013.006.039	ESTRADIOL 2 MG+ LEVONORGESTREL 0,25 MG	CRT	500	
		ESTRADIOL 2 MG+ LEVONORGESTREL 0,25 MG			
110	013.006.040	ESTRIOL CREME 1 MG/G	BNG	300	
		ESTRIOL CREME 1 MG/G			
111	013.007.005	FENITOINA - 100 MG	CPR	5000	
		FENITOINA - 100 MG			
112	013.007.024	FENITOINA SODICA 50MG/ML AMP	AMP	200	
		FENITOINA SODICA 50MG/ML AMP			
113	013.007.087	FENOBARBITAL 100 MG/ ML 2 ML	AMP	200	
114	013.007.003	FENOBARBITAL 100MG	CPR	10000	
		FENOBARBITAL 100MG			
115	013.007.028	FINASTERIDA 5MG	CPR	10000	
		FINASTERIDA 5MG			
116	013.007.077	FITOMENADIONA 10 MG/ML	AMP	200	



PREFEITURA MUNICIPAL SANTA CRUZ DA CONCEIÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Cód. Produto	Descrição	Unidade	Quantidade	Valor Unitário
117	013.007.012	FLUCONAZOL 150MG FLUCONAZOL 150MG	CPS	4000	_____
118	013.007.008	FLUOXETINA 20MG FLUOXETINA 20MG	CPS	60000	_____
119	013.007.072	FORMULA INFANTIL COM FERRO PARA LACTENTES I DE 0 A 6 M LAT FORMULA INFANTIL COM FERRO PARA LACTENTES I DE 0 A 6 MESES - COM NUCLEOTÍDEOS, DHA E ARA. 800 GRS		500	_____
120	013.007.073	FORMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO COM FERRO PARA LACTE LAT FORMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO COM FERRO PARA LACTENTES II DE 6 A 12 MESES COM NUCLEOTÍDEOS, DHA E ARA 800 GRS		300	_____
121	013.007.088	FUROSEMIDA 10 MG/ML 2 ML	AMP	300	_____
122	013.007.004	FUROSEMIDA 40MG FUROSEMIDA 40MG	CPR	40000	_____
123	013.008.004	GENTAMICINA 80MG INJ GENTAMICINA 80MG INJ	AMP	500	_____
124	013.008.031	GLICLASIDA 30MG GLICLASIDA 30MG COMPRIMIDOS DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	CPR	50000	_____
125	013.008.029	GLICLASIDA 60MG GLICLASIDA 60MG COMPRIMIDOS DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	CPR	50000	_____
126	013.008.002	GLUCONATO DE CALCIO A 10 % INJ. GLUCONATO DE CALCIO A 10 % INJ.	AMP	200	_____
127	013.009.047	HIDRALZINA 20 MG/ML 1 ML	AMP	200	_____
128	013.009.013	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG HIDROCLOROTIAZIDA 25MG	CPR	50000	_____
129	013.009.012	HIDROCORTIZONA 100MG HIDROCORTIZONA 100MG - INJ.	FRP	500	_____
130	013.009.031	HIDROCORTIZONA 10MG/ML SULF NEOMICINA 5MG/ML SULF PO FRS HIDROCORTIZONA 10MG/ML SULF NEOMICINA 5MG/ML SULF POLIMIXINA B 10.000UI/M 10ML		200	_____
131	013.009.011	HIDROCORTIZONA 500MG/INJ S/ DIL. HIDROCORTIZONA 500MG/INJ S/ DIL.	FRP	500	_____
132	013.009.046	HIDROXIDO DE ALUMINIO 6% 100 ML	FRS	300	_____
133	013.009.041	HIOSCINA 20 MG /ML 1 ML HIOSCINA 20 MG /ML 1 ML	AMP	500	_____
134	013.009.025	HIOSCINA COMPOSTA HIOSCINA COMPOSTA	CPR	20000	_____
135	013.009.002	HIOSCINA COMPOSTA 5ML INJ HIOSCINA COMPOSTA 5ML INJ	AMP	500	_____
136	013.010.028	IBUPROFENO 300 MG IBUPROFENO 300 MG	CPR	10000	_____
137	013.010.015	IBUPROFENO GOTAS 50MG - 30ML IBUPROFENO GOTAS 50MG - 30ML	FRS	500	_____
138	013.010.007	IMIPRAMINA 25MG IMIPRAMINA 25MG	CPS	5000	_____
139	013.010.027	IPRATROPIO 0,25 MG/ ML IPRATROPIO 0,25 MG/ ML	FRS	200	_____



PREFEITURA MUNICIPAL SANTA CRUZ DA CONCEIÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Cód. Produto	Descrição	Unidade	Quantidade	Valor Unitário
140	013.010.021	ISOSSORBIDA 20MG ISOSSORBIDA 20MG	CPR	20000	_____
141	013.010.009	ITRACONAZOL 100MG ITRACONAZOL 100MG	CPR	2000	_____
142	013.010.001	IVERMECTINA 6MG IVERMECTINA 6MG	CPR	5000	_____
143	013.013.079	LACTOBACILLUS ACIDOPHILUS LA 14 LACTOBACILLUS ACIDOPHILUS LA 14	CPR	10000	_____
144	013.013.061	LACTULOSE 667 MG/ML LACTULOSE 667 MG/ML 120 ml	FRS	1000	_____
145	013.013.059	LEVODOPA + CLORIDRATO DE BENSERAZIDA 200/50 MG LEVODOPA + CLORIDRATO DE BENSERAZIDA 200/50 MG	DRG	25000	_____
146	013.013.071	LEVODOPA + CLORIDRATO DE BENSERAZIDA HBS 100/25 MG LEVODOPA + CLORIDRATO DE BENSERAZIDA HBS 100/25 MG	DRG	20000	_____
147	013.013.031	LEVOFLOXACINO 500MG LEVOFLOXACINO 500MG	CPR	10000	_____
148	013.013.005	LEVOMEPRMAZINA 25 MG LEVOMEPRMAZINA 25 MG	CPR	15000	_____
149	013.013.020	LEVOTIROXINA 100MCG LEVOTIROXINA 100MCG	CPS	20000	_____
150	013.013.055	LEVOTIROXINA 125MCG LEVOTIROXINA 125MCG	CPR	15000	_____
151	013.013.014	LEVOTIROXINA 25MCG LEVOTIROXINA 25MCG	CPS	30000	_____
152	013.013.013	LEVOTIROXINA 50MCG LEVOTIROXINA 50MCG	CPS	50000	_____
153	013.013.015	LEVOTIROXINA 75MG LEVOTIROXINA 75MG	CPS	50000	_____
154	013.013.019	LIDOCAINA 2% C/V INJ. LIDOCAINA 2% C/V INJ.	FRP	200	_____
155	013.013.004	LIDOCAINA 2% S/V INJ. LIDOCAINA 2% S/V INJ.	AMP	200	_____
156	013.013.037	LIDOCAINA GEL 2% LIDOCAINA GEL 2%	BNG	200	_____
157	013.013.075	LOPERAMIDA 2 MG LOPERAMIDA 2 MG	CPR	3000	_____
158	013.013.042	LORATADINA 10MG LORATADINA 10MG	CPR	20000	_____
159	013.013.010	LORATADINA 5MG / 5ML LORATADINA 5MG / 5ML	FRS	500	_____
160	013.013.077	LUBRIFICANTE OCULAR 0,5% 15 ML LUBRIFICANTE OCULAR 0,5% 15 ML	FRS	500	_____
161	013.014.054	MEDROXIPROGESTERONA 10MG MEDROXIPROGESTERONA 10MG	CPR	1000	_____
162	013.014.012	MEDROXIPROGESTERONA 150 MG/ML MEDROXIPROGESTERONA 150 MG/ML	AMP	500	_____
163	013.014.066	METADONA 10MG INJETÁVEL	AMP	100	_____
164	013.014.067	METFORMINA 500MG	CPR	50000	_____



PREFEITURA MUNICIPAL SANTA CRUZ DA CONCEIÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Cód. Produto	Descrição	Unidade	Quantidade	Valor Unitário
165	013.014.015	METFORMINA 850MG METFORMINA 850MG	CPR	80000	_____
166	013.014.013	METILDOPA 250MG METILDOPA 250MG	CPR	30000	_____
167	013.014.004	METOCLOPRAMIDA 0,4% - 10ML METOCLOPRAMIDA 0,4% - 10ML	FRS	200	_____
168	013.014.010	METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML INJ. 2 ML METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML INJ. 2 ML	AMP	1000	_____
169	013.014.059	METOPROLOL 100 MG METOPROLOL 100 MG	CPR	5000	_____
170	013.014.060	METOPROLOL 5 AMPOLA	AMP	100	_____
171	013.014.005	METRONIDAZOL 250MG METRONIDAZOL 250MG	CPR	5000	_____
172	013.014.055	MIDAZOLAM INJETÁVEL 5MG/ML 3ML MIDAZOLAM INJETÁVEL 5MG/ML 3ML	AMP	200	_____
173	013.014.051	MORFINA 10 MG 1 ML MORFINA 10 MG 1 ML	AMP	200	_____
174	013.014.057	MORFINA 10MG	CPR	10000	_____
175	013.015.033	NALOXONA CLORID. 0,4MG NALOXONA CLORID. 0,4MG	AMP	200	_____
176	013.015.037	NEOMICINA +BACITRACINA 10g NEOMICINA +BACITRACINA 10g	BNG	1500	_____
177	013.015.006	NIFEDIPINA 20MG NIFEDIPINA 20MG	CPR	20000	_____
178	013.015.019	NIMESULIDA 100MG NIMESULIDA 100MG	CPR	30000	_____
179	013.015.002	NISTATINA 100000UI/ML SUSP ORAL NISTATINA 100000UI/ML SUSP ORAL 50 ml	FRS	500	_____
180	013.015.003	NISTATINA 25000UI/G CREME VAGINAL NISTATINA 25000UI/G CREME VAGINAL	TB	1500	_____
181	013.015.005	NITROFURANTOINA 100MG NITROFURANTOINA 100MG	CPR	10000	_____
182	013.015.007	NORFLOXACINO 400MG NORFLOXACINO 400MG	CPS	10000	_____
183	013.016.017	OLMESARTANA 40 MG OLMESARTANA 40 MG	CPR	30000	_____
184	013.016.004	OMEPRAZOL 20MG OMEPRAZOL 20MG	CPS	100000	_____
185	013.016.031	OMEPRAZOL40 MG INJ	AMP	500	_____
186	013.016.024	ONDANSETRONA 8MG/4ML ONDANSETRONA 8MG/4ML	AMP	500	_____
187	013.017.014	PARACETAMOL 500MG PARACETAMOL 500MG	CPR	10000	_____
188	013.017.015	PARACETAMOL GOTAS PARACETAMOL GOTAS	FRS	500	_____
189	013.017.020	POLISSULFATO DE MUCOPOLISSACARÍDEO 3MG - 40GR POLISSULFATO DE MUCOPOLISSACARÍDEO 3MG - 40GR	TB	500	_____
190	013.017.091	POLIVITAMINICO ADULTO (VITAMINAS E SAIS MINERAIS DE A/Z)	CPR	20000	_____



PREFEITURA MUNICIPAL SANTA CRUZ DA CONCEIÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Cód. Produto	Descrição	Unidade	Quantidade	Valor Unitário
191	013.017.090	POLIVITAMINICO ADULTO (VITAMINAS E SAIS MINERAIS DE A/Z) POLIVITAMINICO INFANTIL (VITAMINAS A, B1, B2, C, D3 E NICOTINFRS POLIVITAMINICO INFANTIL (VITAMINAS A, B1, B2, C, D3 E NICOTINAMIDA) GOTAS-20ML		500	
192	013.017.021	PREDNISOLONA 3MG/ML - XAROPE 60ML PREDNISOLONA 3MG/ML - XAROPE 60ML	FRS	1000	
193	013.017.008	PREDNISONA 20MG PREDNISONA 20MG	CPR	20000	
194	013.017.024	PREDNISONA 5MG PREDNISONA 5MG	CPS	10000	
195	013.017.099	PROMETAZINA 25 MG PROMETAZINA 25 MG	CPR	5000	
196	013.017.092	PROMETAZINA 25MG - 2ML PROMETAZINA 25MG - 2ML	AMP	500	
197	013.017.006	PROPRANOLOL 40MG PROPRANOLOL 40MG	CPR	25000	
198	013.019.018	RISPERIDONA 1 MG RISPERIDONA 1 MG	CPR	15000	
199	013.019.030	RISPERIDONA 2MG RISPERIDONA 2MG	CPR	10000	
200	013.020.079	SACARATO DE HIDROXIDO FERRICO 20 MG/ML SACARATO DE HIDROXIDO FERRICO 20 MG/ML	AMP	500	
201	013.020.075	SACCHAROMYCES BOULARDII 200MG - ENVELOPE 1G DE PÓ SACCHAROMYCES BOULARDII 200MG - ENVELOPE 1G DE PÓ(200 mg de liofilizado contêm no mínimo 1 x 10 ⁹ células de Saccharomyces boulardii CNCM I-745) e excipientes)	ENV	5000	
202	013.020.003	SALBUTAMOL 0,4MG/ML XAROPE SALBUTAMOL 0,4MG/ML XAROPE	FRS	200	
203	013.020.058	SALBUTAMOL SOL.P/A INALAÇÃO SALBUATAMOL SOL. P/A INALAÇÃO	FRS	300	
204	013.020.020	SALBUTAMOL SPRAY SALBUTAMOL SPRAY	FRS	500	
205	013.020.021	SECNIDAZOL 1000MG SECNIDAZOL 1000MG	CPR	1000	
206	013.020.016	SERTRALINA 50MG SERTRALINA 50MG	CPR	100000	
207	013.020.068	SULFADIAZINA DE PRATA 10MG/G - 30G SULFADIAZINA DE PRATA 10MG/G - 30G	BNG	300	
208	013.020.007	SULFAMETOXAZOL 200MG+40MG/5ML SUSP ORAL SULFAMETOXAZOL 200MG+40MG/5ML SUSP ORAL	FRS	2000	
209	013.020.040	SULFATO DE MAGNESIO 10% SULFATO DE MAGNESIO 10%	AMP	200	
210	013.020.009	SULFATO FERROSO 40MG SULFATO FERROSO 40MG	DRG	10000	
211	013.021.048	TANSULOSINA 0,4 MG TANSULOSINA 0,4 MG	CPR	10000	
212	013.021.037	TIAMINA 300 MG TIAMINA 300 MG	CPR	5000	



PREFEITURA MUNICIPAL SANTA CRUZ DA CONCEIÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Cód. Produto	Descrição	Unidade	Quantidade	Valor Unitário
213	013.021.017	TIORIDAZINA 50MG TIORIDAZINA 50MG	DRG	10000	_____
214	013.021.050	TRAMADOL 100 MG TRAMADOL 100 MG	CPR	3000	_____
215	013.021.018	TRAMADOL 100 MG INJ 2 ML TRAMADOL 100 MG INJ 2 ML	AMP	500	_____
216	013.021.030	TRAMADOL 50 MG TRAMADOL 50 MG	CPR	20000	_____
217	013.021.058	TRAZADONA 50 MG TRAZADONA 50 MG	CPR	20000	_____
218	013.023.009	VALPROATO DE SODIO 500MG VALPROATO DE SODIO 500MG	CPR	20000	_____
219	013.023.013	VARFARINA SÓDICA 5MG VARFARINA SÓDICA 5MG	CPR	10000	_____
220	013.023.010	VERAPAMIL 80MG VERAPAMIL 80MG	CPS	10000	_____
221	013.023.033	VILDAGLIPTINA 50 MG VILDAGLIPTINA 50 MG	CPR	30000	_____
222	013.023.042	VILDAGLIPTINA 50+CLORIDRATO DE METFORMINA 50/850 MG VILDAGLIPTINA 50+CLORIDRATO DE METFORMINA 50/850 MG	CPR	30000	_____
223	013.023.027	VILDAGLIPTINA+CLORIDRATO DE METFORMINA 50/1000 MG VILDAGLIPTINA+CLORIDRATO DE METFORMINA 50/1000 MG	CPR	50000	_____
224	013.023.038	VITAMINA A + VITAMINA D + ÓXIDO DE ZINCO (pomada assadura 4 TB VITAMINA A + VITAMINA D + ÓXIDO DE ZINCO (pomada assadura 45g)		2000	_____
225	013.023.008	VITAMINA C 500MG AMPOLA VITAMINA C 500MG AMPOLA	AMP	1000	_____
226	013.023.007	VITAMINAS COMPLEXO B INJ. VITAMINAS COMPLEXO B INJ.	AMP	2000	_____
227	013.023.003	VITAMINAS DO COMPLEXO B VITAMINAS DO COMPLEXO B	CPR	10000	_____
228	013.023.028	VITAMINAS DO COMPLEXO B - GOTAS VITAMINAS DO COMPLEXO B - GOTAS	FRS	500	_____
229	013.027.001	ZOLPIDEM 10 MG ZOLPIDEM 10 MG	CPR	20000	_____



PREFEITURA MUNICIPAL SANTA CRUZ DA CONCEIÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

6. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

- 6.1** Como se trata de aquisição de medicamentos, será exigido o comprovante de registro de medicamentos na ANVISA, de acordo com a lei nº 6.360/76 e portaria conjunta nº 1/96 ANVISA.
- 6.2** Os licitantes, na Descrição detalhada do objeto ofertado, deverão indicar as seguintes informações:
- 6.3** Especificações técnicas;
- 6.4** Prazo de entrega, observado o limite máximo do termo de referência
- 6.5** Prazo de validade dos produtos, observado o parâmetro mínimo do termo de referência;
- 6.6** Número de registro ou declaração de isenção de registro dos materiais, no Ministério da Saúde/Anvisa, dentro do prazo de validade.
- 6.7** Outros documentos deve estar de acordo com as exigências do termo de referência deste certame;
- 6.8** Prazo de vigência da contratação é de 12(doze) meses;

7. LEVANTAMENTO DE SOLUÇÕES

- 7.1** Aquisição dos medicamentos/suplementos através do sistema de registro de preço. Esta solução evita que materiais fiquem em estoque e ultrapassem o prazo de validade, sendo sua aquisição proporcional a demanda, diante disso, esta modalidade de certame é mais viável considerando que a demanda é flutuante e a perda de medicamentos/suplementos vencidos é onerosa.
- 7.2** A escolha da modalidade de registro de preço traz consigo vantagens, sendo economia pela redução de custos para administração contratante.
- 7.3** A adjudicação será por item e não por preço global.

8. ORÇAMENTO ESTIMADO

- 8.1** Os levantamentos dos preços foram realizados através de pesquisa na internet em sites especializados e por fornecedores.
- 8.2** A Pesquisa de Preços dos medicamentos/suplementos foi realizada em novembro de 2023 em sites como: <https://www.drogariaspacheco.com.br/vendadpsp>, <https://www.drogaraia.com.br/>, <https://www.drogariasao paulo.com.br/>, <https://www.hospitalardistribuidora.com.br/> e <https://ballke.com.br/> ;
E por fornecedores com R.A.P e INOVAMED ambas em novembro de 2023.

Simone Knorre

Diretora do Departamento Municipal de Saúde
