



## **TERMO DE REFERÊNCIA**

### **1. OBJETO:**

**1.1.** O presente tem por objetivo o registro de preços para eventual aquisição de medicamentos, suplementos, alimentos com alegações de propriedades funcional ou congêneres para o abastecimento do Departamento de Saúde do Município de Santa Cruz da Conceição.

### **2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO:**

**2.1.** O Presente objeto se faz necessário para o abastecimento do Departamento de saúde com os medicamentos, suplementos, alimentos com alegações de propriedades funcional ou congêneres do REMUNE para atender a demanda deste departamento em suas ações públicas no exercício de 2024. 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.

### **3.1 EXIGÊNCIAS PARA MEDICAMENTOS:**

**3.1.1** Apresentação da Licença Sanitária Estadual ou Municipal com CNAE de COMÉRCIO ATACADISTA DE MEDICAMENTOS E DROGAS DE USO HUMANO

**3.1.2** Comprovação da Autorização de Funcionamento da empresa

---



PREFEITURAMUNICIPALSANTACRUZDACONCEIÇÃO  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

(AFE) emitidapela Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (ANVISA).

### **3.2. EXIGÊNCIAS PARA ALIMENTOS/ CONGENÊRES**

**3.2.1** Deverá apresentar o registro do Responsável Técnico pelas atividades no Conselho da entidade profissional competente.

**3.2.2** Alvará Sanitário devidamente atualizado, emitido pelo órgão competente, constando a atividadecompatível com o objeto, da sede da CONTRATADA;

### **4. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS:**

**4.1.** A Proposta comercial deverá conter, de acordo com a especificação, adescrição do produto com a concentração e forma farmacêutica, número completo do registro do medicamento na ANVISA, o nome comercial, marca eCNPJ do fabricante;

**4.2.** Alimentos, congêneres , medicamentos e suplementos com prazo de validade superior a 01 (um) ano, por ocasião da entrega, somente serão aceitos aqueles cujos prazos de validade a transcorrer seja igual ou superior a 75% (oitenta por cento) do prazo previsto, ou seja, que ainda não tenha decorrido 25% (vinte por cento) do prazo de validade.

### **5.QUANTIDADE ESTIMADA**

---



PREFEITURAMUNICIPALSANTACRUZDA CONCEIÇÃO  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

item	Cód.Produto	Descrição	Unidade	Quantidade	ValorUnitário
1	013.002.091	ACETILCISTEINA10%3ML AMPOLA ACETILCISTEINA10%3ML AMPOLA	AMP	500	_____
2	013.002.051	ACETILCISTEINA20MG/ML- XAROPE ACETILCISTEINA20MG/ML-XAROPE120ml	FRS	1500	_____
3	013.002.031	ACICLOVIR200MG ACICLOVIR200MG	CPR	5000	_____
4	013.002.044	ACICLOVIRPOMADA50MG-10G ACICLOVIR PDA	TB	500	_____
5	013.002.002	ACIDOACETILSALICILICO 100MG ACIDOACETILSALICILICO 100MG	CPR	100000	_____
6	013.002.030	ACIDOFOLICO5MG ACIDOFOLICO5MG	CPS	20000	_____
7	013.002.083	ACIDOTRANSAMINICO 250MG ACIDOTRANEXAMICO 250MG	CPR	10000	_____
8	013.002.054	ACIDOVALPRÓICO 250MG ACIDOVALPRÓICO 250MG	CPR	20000	_____
9	013.002.003	ADRENALINA1MG/MLINJ1ML ADRENALINA1MG/MLINJ1ML	AMP	500	_____
10	013.002.087	ALBENDAZOL400MG ALBENDAZOL400MG	CPS	3000	_____
11	013.002.038	ALBENDAZOL40mg/ml-10MLSUSP ALBENDAZOL40mg/ml-10MLSUSP	FRS	1000	_____
12	013.002.025	ALENDRONATOSODIO70MG ALENDRONATOSODIO70MG	CPS	2000	_____
13	013.001.003	ALIMENTONUTRICIONALCOMPLETOPARANUTRIÇÃOENTERAL Alimentonutricionalcompletoparanutrição enteral ou oral, hipercalórico, sem lactose,sacaroseeglúten.Densidade calórica1,5kcal/ml.EmbalagemTetra Pack de 1000 ml. Referências: Nutri Enteral1,5/Isosource1.5/Trophic1.5	FRS	400	_____
14	013.002.111	ALIMENTONUTRICIONALMENTECOMPLETOPARANUTRIÇÃOE Alimentonutricionalmentecompletopara nutrição enteral, mistura de proteínas animais e vegetais. Isento de lactose, sacarose e glúten. Embalagem Tetra Pack de 1 litro Referência:TrophicBasic	FRS	600	_____
15	013.002.004	ALOPURINOL100MG ALOPURINOL100MG	CPR	40000	_____
16	013.002.032	ALOPURINOL300MG ALOPURINOL300MG	CPS	40000	_____
17	013.002.037	ALPRAZOLAM0,5MG ALPRAZOLAM0,5MG	CPR	60000	_____
18	013.002.104	AMICACINA250MG /ML2ML AMICACINA250MG /ML2ML	AMP	300	_____
19	013.002.005	AMINOFILINA100MG AMINOFILINA100MG	CPR	6000	_____
20	013.002.006	AMINOFILINA240MGINJ AMINOFILINA240MGINJ	AMP	200	_____



PREFEITURAMUNICIPALSANTACRUZDA CONCEIÇÃO  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Cód.Produto	Descrição	Unidade	Quantidade	ValorUnitário
21	013.002.012	AMIODARONA200MG	CPR	20000	
22	013.002.119	AMIODARONA50MG/ML3ML	AMP	300	
23	013.002.019	AMITRIPTILINA25MG AMITRIPTILINA25MG	CPS	20000	
24	013.002.060	AMOXICILINA875+CLAVULONATO125MG AMOXICILINA875+CLAVULONATO125MG	CPR	20000	
25	013.002.007	AMOXICILINATRIIDRATADA500MG AMOXICILINATRIIDRATADA500MG	CPS	5000	
26	013.002.094	AMOXICILINA+CLAV.250MG+62.5MG/M AMOXICILINA+CLAV.250MG+62.5MG/M75ml	FRS	500	
27	013.002.067	ANLODIPINA5MG ANLODIPINA5MG	CPR	50000	
28	013.002.018	ATENOLOL25MG ATENOLOL25MG	CPS	50000	
29	013.002.109	ATROPINA0,25MG/ML1ML ATROPINA0,25MG/ML1ML	AMP	200	
30	013.002.027	AZITROMICINA500MG AZITROMICINA500MG	CPS	10000	
31	013.002.020	AZITROMICINA600MGSUSPENSÃO AZITROMICINA600MGSUSPENSÃO	FRS	1000	
32	013.003.003	BENZILPENIC.BENZ.1.200.000UIINJ BENZILPENIC.BENZ.1.200.000UIINJ	FRP	500	
33	013.003.027	BICARBONATO DE SODIO 8,4% BICARBONATODESODIO8,4%-10ML	AMP	200	
34	013.003.050	BIPERIDENO2MGCOMP BIPERIDENO2MGCOMP	CPR	5000	
35	013.003.040	BROMAZEPAM3MG BROMAZEPAM3MG	CPR	30000	
36	013.003.071	BROMOPRIDA GOTAS	FRS	1000	
37	013.003.048	BRONFENIRAMINA 2MG/5ML + FENILEFRINA 5MG/5ML XAROPE BRONFENIRAMINA2MG/5ML+FENILEFRINA5MG/5MLXAROPE	FRS	800	
38	013.003.049	BRONFENIRAMINA2MG/ML+FENILEFRINA2,5MG/MLGOTAS20 BRONFENIRAMINA2MG/ML+FENILEFRINA2,5MG/MLGOTAS20ML	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 BUPROPIONA150MG	CPS	20000	
41	013.004.129	CAFEINA,CARISOPRODOL,DICLOF.SOD.PARAC..30/125/50/30DRG CAFEINA , CARISOPRODOL , DICLOF. SOD.PARAC.. 30/125/50/300		25000	
42	013.004.012	CARBAMAZEPINA200MG CARBAMAZEPINA200MG	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	



PREFEITURAMUNICIPALSANTACRUZDA CONCEIÇÃO  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Cód.Produto	Descrição	Unidade	Quantidade	ValorUnitário
46	013.004.025	CARBONATODELÍTIO300MG CARBONATODELÍTIO300MG	CPR	10000	_____
47	013.004.035	CARVEDILOL12,5MG CARVEDILOL12,5MG	CPS	40000	_____
48	013.004.158	CARVEDILOL25MG CARVEDILOL25MG	CPR	20000	_____
49	013.004.096	CARVEDILOL3,125MG CARVEDILOL3,125MG	CPR	20000	_____
50	013.004.097	CARVEDILOL6,25MG CARVEDILOL6,25MG	CPR	30000	_____
51	013.004.003	CEFALEXINA500MG CEFALEXINA500MG	CPS	10000	_____
52	013.004.029	CEFTRIAXONA1GINJ CEFTRIAXONA1GINJ	AMP	2000	_____
53	013.004.036	CEFTRIAXONA 1G INJ + DILUENTE (LIDOCAINA) CEFTRIAXONA1GINJ+DILUENTE(LIDOCAINA)IM	AMP	2000	_____
54	013.004.051	CETOCONAZOL+BETAMETASONACR. CETOCONAZOL+BETAMETASONACR.	TB	2000	_____
55	013.004.046	CETOCONAZOLCREME30GR CETOCONAZOLCREME30GR	BNG	1000	_____
56	013.004.172	CETOPROFENO100MGIV	AMP	1000	_____
57	013.004.152	CETOPROFENO100MG/2ML CETOPROFENO100MG/2ML	AMP	1000	_____
58	013.004.048	CETOPROFENO100MG CETOPROFENO100MG	CPR	20000	_____
59	013.004.042	CICLOBENZAPRINA10MG CICLOBENZAPRINA10MG	CPS	20000	_____
60	013.004.115	CILOSTAZOL50MG CILOSTAZOL50MG	CPR	40000	_____
61	013.004.006	CINARIZINA75MG CINARIZINA75MG	CPR	40000	_____
62	013.004.030	CIPROFLOXACINA500MG CIPROFLOXACINA500MG	CPR	20000	_____
63	013.004.057	CITALOPRAM20MG CITALOPRAM20MG	CPR	50000	_____
64	013.004.169	CITRATODEFENTANILA50MCG/MLX2ML CITRATODEFENTANILA50MCG/MLX2ML	AMP	100	_____
65	013.004.034	CLARITROMICINA500MG CLARITROMICINA500MG	CPS	5000	_____
66	013.004.038	CLOMIPRAMINA25MG CLOMIPRAMINA25MG	CPR	10000	_____
67	013.004.098	CLONAZEPAM2MG CLONAZEPAM2MG	CPR	60000	_____
68	013.004.073	CLOPIDOGREL75MG CLOPIDOGREL75MG	CPR	60000	_____
69	013.004.081	CLORETO DE POTÁSSIO 19,1 % INJETÁVEL IV CLORETODEPOTÁSSIO19,1%INJETÁVELIV	AMP	200	_____
70	013.004.028	CLORETODESODIO0,9%-10ML	AMP	200	_____



PREFEITURAMUNICIPALSANTACRUZDA CONCEIÇÃO  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

ItemCód. Produto	Descrição	Unidade	Quantidade	ValorUnitário
71013.004.037	CLORETODESÓDIO0,9%-10ML CLORETODESÓDIO9,0mg/ml+CLORETODEBENZALCÔNIO0,1FRS CLORETODESÓDIO9,0mg/ml+CLORETODEBENZALCÔNIO0,1mg/ml- 30ML		2000	
72013.004.145	CLORIDRATODETIAMINA100MG+CLORIDRATODEPIRIDOXINAAMP CLORIDRATODETIAMINA100MG+CLORIDRATODEPIRIDOXINA 100MG+CIANOCOBALAMINA 5.000MCG INJ		2000	
73013.004.085	CLORPROMAZINA5MG/MLAMPOLADE5ML CLORPROMAZINA5MG/MLAMPOLADE5ML	AMP	200	
74013.004.005	CLORPROMAZINA,CLORIDRATO100MG(SERZONE) CLORPROMAZINA,CLORIDRATO100MG(SERZONE)	CPR	5000	
75013.004.151	CLOSTEBOL5MG+SULFATODENEOMICINA5MGCREMEVAGIBNG CLOSTEBOL5MG+SULFATODENEOMICINA5MGCREMEVAGINAL		500	
76013.004.100	CODEINA30MG+PARACETAMOL 500MG CODEINA30MG+PARACETAMOL 500MG	CPR	30000	
77013.004.099	COLAGENASE+CLORANFENICOL 30G COLAGENASE0,6UI+CLORANFENICOL0,01g-30G	TB	1000	
78013.004.016	CUMARINA15MG+Troxerrutina90MG CUMARINA15MG+Troxerrutina90MG	CPS	60000	
79013.005.018	DELTAMETRINA0,02%SHAMPOO-100ML DELTAMETRINA0,02%SHAMPOO-100ML	FRS	500	
80013.005.083	DEXAMETASONA0,1%+NEOMICINA(SULFATO0,5%)+POLIMIXIFRS DEXAMETASONA0,1%+NEOMICINA(SULFATO0,5%)+POLIMIXINAB COLIRIO 5ML		900	
81013.005.114	DEXAMETASONA0,1%COLIRIO DEXAMETASONA0,1%COLIRIO	FRS	500	
82013.005.002	DEXAMETASONA0,1%POMADA DEXAMETASONA0,1%POMADA	TB	1000	
83013.005.057	DEXAMETASONA4MG+PIRIDOXINA+TIAMINA+CIANOCOBALAMAMP DEXAMETASONA4MG(AMPOLAA)+(AMPOLAB)PIRIDOXINA+TIAMINA +CIANOCOBALAMINA		2000	
84013.005.012	DEXAMETASONA4MG/MLINJ(IM/IV) DEXAMETASONA4MG/MLINJ(IM/IV)	AMP	2000	
85013.005.043	DEXAMETASONA+SULFATODENEOMICINA+CLORIDRATODEFEFRS DEXAMETASONA+SULFATODENEOMICINA+CLORIDRATODEFENILEFRINA NASAL 20ML		50	
86013.005.062	DEXCLORFENIRAMINA2MG/5MLXAROPE- 100ml DEXCLORFENIRAMINA2MG/5MLXAROPE-100ml	FRS	500	
87013.005.010	DIAZEPAN5MG/MLINJ DIAZEPAN5MG/ML INJ	AMP	500	
88013.005.019	DICLOFENACO25MG/ML INJ DICLOFENACO25MG/MLINJ	AMP	1000	
89013.005.042	DICLOFENACO 60G DICLOFENACO60G	TB	2000	
90013.005.023	DIMENIDRATO+CLORIDRATODEPIROXINA25/5MGGOTAS DIMENIDRATO+CLORIDRATODEPIROXINA25/5MGGOTAS	FRS	1000	
91013.005.038	DIMENIDRATO+CLORIDRATODEPIROXINAB6DLINJ-10ML(IVAMP DIMENIDRATO+CLORIDRATODEPIROXINAB6DLINJ-10ML(IV)		1000	
92013.005.009	DIMENIDRATO+CLORIDRATODEPIROXINAB6INJ-1ML(IM)	AMP	1000	



PREFEITURAMUNICIPALSANTACRUZDA CONCEIÇÃO  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Cód. Produto	Descrição	Unidade	Quantidade	Valor Unitário
93	013.005.126	DIMENIDRATO+CLORIDRATODEPIROXINAB6INJ-1ML(IM) DIMETICONA75MG/ML15 ML DIMETICONA75MG/ML15 ML	FRS	5000	_____
94	013.005.088	DIOSMINA+HESPERINA500 MG DIOSMINA+HESPERINA500 MG	CPR	60000	_____
95	013.005.005	DIPIRONA50PCSOLORAL10ML DIPIRONA500mg/mlsol.oral10ml	FRS	2000	_____
96	013.005.006	DIPIRONASODICA500MG DIPIRONASODICA500MG	CPR	50000	_____
97	013.005.007	DIPIRONASODICA500MG/MLINJ DIPIRONASODICA500MG/MLINJ	AMP	5000	_____
98	013.005.082	DIPROPIONATOBETAMETASONA+FOSF.DISSÓDICOBETAMET DIPROPIONATODEBETAMETASONA+FOSFATODISSÓDICODE BETAMETASONA 5MG/ML + 2MG/ML	AMP	1000	_____
99	013.005.116	DOMPERIDONA10MG DOMPERIDONA10MG	CPR	50000	_____
100	013.005.070	DOMPERIDONASUSPENSÃO100ML DOMPERIDONASUSPENSÃO100ML	FRS	500	_____
101	013.005.027	DOPAMINA50MGX10ML DOPAMINA50MGX10ML	AMP	200	_____
102	013.005.024	DOXAZOSINA2MG DOXAZOSINA2MG	CPR	20000	_____
103	013.005.091	DOXAZOSINA4MG DOXAZOSINA4MG	CPR	20000	_____
104	013.005.101	DUTASTERIDA0,5 MG DUTASTERIDA0,5 MG	CPR	10000	_____
105	013.006.004	ENALAPRIL10MG ENALAPRIL10MG	CPR	50000	_____
106	013.006.032	ESCOPOLAMINACOMPOSTAGOTAS20ML ESCOPOLAMINACOMPOSTAGOTAS20ML	FRS	500	_____
107	013.006.005	ESPIRONOLACTONA25MG ESPIRONOLACTONA25MG	CPS	30000	_____
108	013.006.051	ESTRADIOL1MGE0,5MGDEACETATODE NORETISTERONA 1mgdeestradiol(umestrogênioidênticoaoproduzidonosovários)e0,5mgde acetato de noretisterona	CRT	200	_____
109	013.006.039	ESTRADIOL2MG+LEVONORGESTREL0,25MG ESTRADIOL2MG+LEVONORGESTREL0,25MG	CRT	500	_____
110	013.006.040	ESTRIOLCREME1MG/G ESTRIOLCREME1MG/G	BNG	300	_____
111	013.007.005	FENITOINA- 100MG FENITOINA- 100MG	CPR	5000	_____
112	013.007.024	FENITOINASODICA50MG/MLAMP FENITOINASODICA50MG/MLAMP	AMP	200	_____
113	013.007.087	FENOBARBITAL100MG/ ML2ML	AMP	200	_____
114	013.007.003	FENOBARBITAL100MG FENOBARBITAL100MG	CPR	10000	_____
115	013.007.028	FINASTERIDA5MG FINASTERIDA5MG	CPR	10000	_____
116	013.007.077	FITOMENADIONA10MG/ML	AMP	200	_____



PREFEITURAMUNICIPALSANTACRUZDA CONCEIÇÃO  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Cód. Produto	Descrição	Unidade	Quantidade	ValorUnitário
117	013.007.012	FLUCONAZOL150MG FLUCONAZOL150MG	CPS	4000	_____
118	013.007.008	FLUOXETINA20MG FLUOXETINA20MG	CPS	60000	_____
119	013.007.072	FORMULAINFANTILCOMFERROPARALACTENTESIDE0A6M FORMULAINFANTILCOMFERROPARALACTENTESIDE0A6MESES-COM NUCLEOTÍDEOS, DHA E ARA. 800 GRS	LAT	500	_____
120	013.007.073	FORMULAINFANTILDESEGUIMENTOCOMFERROPARALACTELAT FORMULAINFANTILDESEGUIMENTOCOMFERROPARALACTENTESIIDE6 A 12 MESES COM NUCLEOTIDEOS, DHA E ARA 800 GRS		300	_____
121	013.007.088	FUROSEMIDA10MG/ML 2ML	AMP	300	_____
122	013.007.004	FUROSEMIDA40MG FUROSEMIDA40MG	CPR	40000	_____
123	013.008.004	GENTAMICINA80MGINJ GENTAMICINA80MGINJ	AMP	500	_____
124	013.008.031	GLICLASIDA30MG GLICLASIDA30MGCOMPRIMIDOSDELIBERAÇÃOPROLONGADA	CPR	50000	_____
125	013.008.029	GLICLASIDA60MG GLICLASIDA60MGCOMPRIMIDOSDELIBERAÇÃOPROLONGADA	CPR	50000	_____
126	013.008.002	GLUCONATODECALCIOA10%INJ. GLUCONATODECALCIOA10%INJ.	AMP	200	_____
127	013.009.047	HIDRALZINA20MG/ML1ML	AMP	200	_____
128	013.009.013	HIDROCLOROTIAZIDA25MG HIDROCLOROTIAZIDA25MG	CPR	50000	_____
129	013.009.012	HIDROCORTIZONA100MG HIDROCORTIZONA100MG-INJ.	FRP	500	_____
130	013.009.031	HIDROCORTIZONA10MG/MLSULFNEOMICINA5MG/MLSULFPOFRS HIDROCORTIZONA10MG/MLSULFNEOMICINA5MG/MLSULFPOLIMIXINAB 10.000UI/M 10ML		200	_____
131	013.009.011	HIDROCORTIZONA500MG/INJS/DIL. HIDROCORTIZONA500MG/INJS/DIL.	FRP	500	_____
132	013.009.046	HIDROXIDODEALUMINIO6%100ML	FRS	300	_____
133	013.009.041	HIOSCINA20MG/ML1ML HIOSCINA20MG/ML1ML	AMP	500	_____
134	013.009.025	HIOSCINACOMPOSTA HIOSCINACOMPOSTA	CPR	20000	_____
135	013.009.002	HIOSCINACOMPOSTA5MLINJ HIOSCINACOMPOSTA5ML INJ	AMP	500	_____
136	013.010.028	IBUPROFENO300MG IBUPROFENO300MG	CPR	10000	_____
137	013.010.015	IBUPROFENOGOTAS50MG-30ML IBUPROFENOGOTAS50MG-30ML	FRS	500	_____
138	013.010.007	IMIPRAMINA25MG IMIPRAMINA25MG	CPS	5000	_____
139	013.010.027	IPRATROPIO0,25MG/ ML IPRATROPIO0,25MG/ML	FRS	200	_____





PREFEITURAMUNICIPALSANTACRUZDA CONCEIÇÃO  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Cód.Produto	Descrição	Unidade	Quantidade	ValorUnitário
140	013.010.021	ISOSSORBIDA20MG ISOSSORBIDA20MG	CPR	20000	_____
141	013.010.009	ITRACONAZOL100MG ITRACONAZOL100MG	CPR	2000	_____
142	013.010.001	IVERMECTINA6MG IVERMECTINA6MG	CPR	5000	_____
143	013.013.079	LACTOBACILLUSACIDOPHILUSLA14 LACTOBACILLUSACIDOPHILUSLA14	CPR	10000	_____
144	013.013.061	LACTULOSE667MG/ML LACTULOSE667MG/ML120ml	FRS	1000	_____
145	013.013.059	LEVODOPA+CLORIDRATODEBENSERAZIDA200/50MG LEVODOPA+CLORIDRATODEBENSERAZIDA200/50MG	DRG	25000	_____
146	013.013.071	LEVODOPA+CLORIDRATODEBENSERAZIDAHBS100/25MG LEVODOPA+CLORIDRATODEBENSERAZIDAHBS100/25MG	DRG	20000	_____
147	013.013.031	LEVOFLOXACINO500MG LEVOFLOXACINO500MG	CPR	10000	_____
148	013.013.005	LEVOMEPRIMAZINA25MG LEVOMEPRIMAZINA25MG	CPR	15000	_____
149	013.013.020	LEVOTIROXINA100MCG LEVOTIROXINA100MCG	CPS	20000	_____
150	013.013.055	LEVOTIROXINA125MCG LEVOTIROXINA125MCG	CPR	15000	_____
151	013.013.014	LEVOTIROXINA25MCG LEVOTIROXINA25MCG	CPS	30000	_____
152	013.013.013	LEVOTIROXINA50MCG LEVOTIROXINA50MCG	CPS	50000	_____
153	013.013.015	LEVOTIROXINA75MG LEVOTIROXINA75MG	CPS	50000	_____
154	013.013.019	LIDOCAINA2%C/VINJ. LIDOCAINA2%C/V INJ.	FRP	200	_____
155	013.013.004	LIDOCAINA2%S/VINJ. LIDOCAINA2%S/VINJ.	AMP	200	_____
156	013.013.037	LIDOCAINAGEL 2% LIDOCAINAGEL 2%	BNG	200	_____
157	013.013.075	LOPERAMIDA2 MG LOPERAMIDA2 MG	CPR	3000	_____
158	013.013.042	LORATADINA10MG LORATADINA10MG	CPR	20000	_____
159	013.013.010	LORATADINA5MG/5ML LORATADINA5MG/5ML	FRS	500	_____
160	013.013.077	LUBRIFICANTEOCULAR0,5%15ML LUBRIFICANTEOCULAR0,5%15ML	FRS	500	_____
161	013.014.054	MEDROXIPROGESTERONA10MG MEDROXIPROGESTERONA10MG	CPR	1000	_____
162	013.014.012	MEDROXIPROGESTERONA150MG/ML MEDROXIPROGESTERONA150MG/ML	AMP	500	_____
163	013.014.066	METADONA10MG INJETÁVEL	AMP	100	_____
164	013.014.067	METFORMINA500MG	CPR	50000	_____



PREFEITURAMUNICIPALSANTACRUZDA CONCEIÇÃO  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Cód.Produto	Descrição	Unidade	Quantidade	ValorUnitário
165	013.014.015	METFORMINA850MG METFORMINA850MG	CPR	80000	_____
166	013.014.013	METILDOPA250MG METILDOPA250MG	CPR	30000	_____
167	013.014.004	METOCLOPRAMIDA0,4%-10ML METOCLOPRAMIDA0,4%- 10ML	FRS	200	_____
168	013.014.010	METOCLOPRAMIDA 5MG/ML INJ. 2ML METOCLOPRAMIDA 5MG/ML INJ. 2ML	AMP	1000	_____
169	013.014.059	METOPROLOL100MG METOPROLOL100MG	CPR	5000	_____
170	013.014.060	METOPROLOL 5AMPOLA	AMP	100	_____
171	013.014.005	METRONIDAZOL250MG METRONIDAZOL250MG	CPR	5000	_____
172	013.014.055	MIDAZOLAMINJETÁVEL5MG/ML3ML MIDAZOLAMINJETÁVEL5MG/ML3ML	AMP	200	_____
173	013.014.051	MORFINA10MG 1ML MORFINA10MG 1ML	AMP	200	_____
174	013.014.057	MORFINA10MG	CPR	10000	_____
175	013.015.033	NALOXONACLORID.0,4MG NALOXONACLORID.0,4MG	AMP	200	_____
176	013.015.037	NEOMICINA+BACITRACINA10g NEOMICINA+BACITRACINA 10g	BNG	1500	_____
177	013.015.006	NIFEDIPINA20MG NIFEDIPINA20MG	CPR	20000	_____
178	013.015.019	NIMESULIDA100MG NIMESULIDA100MG	CPR	30000	_____
179	013.015.002	NISTATINA 100000UI/ML SUSP ORAL NISTATINA100000UI/MLSUSPORAL50 ml	FRS	500	_____
180	013.015.003	NISTATINA25000UI/GCREMEVAGINAL NISTATINA25000UI/GCREMEVAGINAL	TB	1500	_____
181	013.015.005	NITROFURANTOINA100MG NITROFURANTOINA100MG	CPR	10000	_____
182	013.015.007	NORFLOXACINO400MG NORFLOXACINO400MG	CPS	10000	_____
183	013.016.017	OLMESARTANA40MG OLMESARTANA40MG	CPR	30000	_____
184	013.016.004	OMEPRAZOL20MG OMEPRAZOL20MG	CPS	100000	_____
185	013.016.031	OMEPRAZOL40 MG INJ	AMP	500	_____
186	013.016.024	ONDANSETRONA8MG/4ML ONDANSETRONA8MG/4ML	AMP	500	_____
187	013.017.014	PARACETAMOL500MG PARACETAMOL500MG	CPR	10000	_____
188	013.017.015	PARACETAMOLGOTAS PARACETAMOLGOTAS	FRS	500	_____
189	013.017.020	POLISSULFATO DE MUCOPOLISSACARÍDEO 3MG - 40GR POLISSULFATODEMUCOPOLISSACARÍDEO3MG-40GR	TB	500	_____
190	013.017.091	POLIVITAMINICOADULTO (VITAMINAS E SAIS MINERAIS DEA/Z)	CPR	20000	_____



PREFEITURAMUNICIPALSANTACRUZDA CONCEIÇÃO  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

ItemCód. Produto	Descrição	Unidade	Quantidade	ValorUnitário
191 013.017.090	POLIVITAMINICO ADULTO (VITAMINAS E SAIS MINERAIS DE A/Z) POLIVITAMINICOINFALTIL (VITAMINASA, B1,B2, C,D3E NICOTINFRS POLIVITAMINICOINFALTIL(VITAMINASA,B1,B2,C,D3ENICOTINAMIDA) GOTAS-20ML		500	
192 013.017.021	PREDNISOLONA3MG/ML-XAROPE60ML PREDNISOLONA3MG/ML-XAROPE60ML	FRS	1000	
193 013.017.008	PREDNISONA20MG PREDNISONA20MG	CPR	20000	
194 013.017.024	PREDNISONA5MG PREDNISONA5MG	CPS	10000	
195 013.017.099	PROMETAZINA25MG PROMETAZINA25MG	CPR	5000	
196 013.017.092	PROMETAZINA25MG-2ML PROMETAZINA25MG-2ML	AMP	500	
197 013.017.006	PROPRANOLOL40MG PROPRANOLOL40MG	CPR	25000	
198 013.019.018	RISPERIDONA1MG RISPERIDONA1MG	CPR	15000	
199 013.019.030	RISPERIDONA 2MG RISPERIDONA2MG	CPR	10000	
200 013.020.079	SACARATODEHIDROXIDOFERRICO20MG/ML SACARATODEHIDROXIDOFERRICO20MG/ML	AMP	500	
201 013.020.075	SACCHAROMYCESBOULARDII200MG-ENVELOPE1GDEPÓ SACCHAROMYCESBOULARDII200MG-ENVELOPE 1GDEPÓ(200mgde liofilizado contêmnomínimo1x10 <sup>9</sup> célulasdeSaccharomycesboulardi(CNCMI-745)e excipientes )	ENV	5000	
202 013.020.003	SALBUTAMOL0,4MG/MLXAROPE SALBUTAMOL0,4MG/MLXAROPE	FRS	200	
203 013.020.058	SALBUTAMOL SOL.P/A INALAÇÃO SALBUATAMOL SOL. P/A INALAÇÃO	FRS	300	
204 013.020.020	SALBUTAMOLSPRAY SALBUTAMOLSPRAY	FRS	500	
205 013.020.021	SECNIDAZOL1000MG SECNIDAZOL1000MG	CPR	1000	
206 013.020.016	SERTRALINA50MG SERTRALINA50MG	CPR	100000	
207 013.020.068	SULFADIAZINA DE PRATA 10MG/G - 30G SULFADIAZINADEPRATA10MG/G-30G	BNG	300	
208 013.020.007	SULFAMETOXAZOL 200MG+40MG/5ML SUSP ORAL SULFAMETOXAZOL200MG+40MG/5MLSUSP ORAL	FRS	2000	
209 013.020.040	SULFATO DE MAGNESIO 10% SULFATODEMAGNESIO10%	AMP	200	
210 013.020.009	SULFATO FERROSO 40MG SULFATOFERROSO40MG	DRG	10000	
211 013.021.048	TANSULOSINA0,4MG TANSULOSINA0,4MG	CPR	10000	
212 013.021.037	TIAMINA300MG TIAMINA300MG	CPR	5000	



PREFEITURAMUNICIPALSANTACRUZDA CONCEIÇÃO  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Cód.Produto	Descrição	Unidade	Quantidade	ValorUnitário
213	013.021.017	TIORIDAZINA50MG TIORIDAZINA50MG	DRG	10000	_____
214	013.021.050	TRAMADOL100MG TRAMADOL100MG	CPR	3000	_____
215	013.021.018	TRAMADOL100MGINJ 2ML TRAMADOL100MGINJ 2ML	AMP	500	_____
216	013.021.030	TRAMADOL50MG TRAMADOL50MG	CPR	20000	_____
217	013.021.058	TRAZADONA50MG TRAZADONA50MG	CPR	20000	_____
218	013.023.009	VALPROATO DE SODIO 500MG VALPROATODESODIO500MG	CPR	20000	_____
219	013.023.013	VARFARINA SÓDICA 5MG VARFARINASÓDICA5MG	CPR	10000	_____
220	013.023.010	VERAPAMIL80MG VERAPAMIL80MG	CPS	10000	_____
221	013.023.033	VILDAGLIPTINA50MG VILDAGLIPTINA50MG	CPR	30000	_____
222	013.023.042	VILDAGLIPTINA 50+CLORIDRATO DE METFORMINA 50/850 MG VILDAGLIPTINA50+CLORIDRATODEMETFORMINA50/850MG	CPR	30000	_____
223	013.023.027	VILDAGLIPTINA+CLORIDRATO DE METFORMINA 50/1000 MG VILDAGLIPTINA+CLORIDRATODEMETFORMINA50/1000MG	CPR	50000	_____
224	013.023.038	VITAMINAA+VITAMINAD+ÓXIDODEZINCO(pomadaassadura VITAMINAA+VITAMINAD+ÓXIDODEZINCO(pomadaassadura	4TB 45g)	2000	_____
225	013.023.008	VITAMINAC500MGAMPOLA VITAMINAC500MGAMPOLA	AMP	1000	_____
226	013.023.007	VITAMINAS COMPLEXO B INJ. VITAMINASCOMPLEXOBINJ.	AMP	2000	_____
227	013.023.003	VITAMINASDOCOMPLEXOB VITAMINASDOCOMPLEXOB	CPR	10000	_____
228	013.023.028	VITAMINAS DO COMPLEXO B - GOTAS VITAMINASDOCOMPLEXOB-GOTAS	FRS	500	_____
229	013.027.001	ZOLPIDEM10MG ZOLPIDEM10MG	CPR	20000	_____

**6. CONDIÇÕES DE ENTREGA/TRANSPORTE/ARMAZENAMENTO E RECEBIMENTO:**

**6.1.** A empresa vencedora do certame deverá apresentar o medicamento com embalagem em perfeito estado, nas condições de temperatura exigidas no rótulo, sendo que todos os dados (rótulo e bula) devem estar em língua portuguesa. Deverão ainda estar separados por lotes e prazos de validade, com seus respectivos quantitativos na nota fiscal.

**6.2.** Os medicamentos deverão conter em suas embalagens primárias:

**6.2.1.** Número do lote;



PREFEITURAMUNICIPALSANTACRUZDA CONCEIÇÃO  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

**6.2.2.** Data de Validade;

**6.2.3.** Nome Comercial;

**6.2.4.** Denominação Genérica da Substância Ativa e Concentração da Substância Ativa por Unidade Posológica, conforme RDC n° 09 de 02/01/2001 e RDC n°333 de 19/11/2003;

**6.3.** O transporte dos medicamentos deverá obedecer a critérios de modo a nãoafetar a identidade, qualidade, integridade e quando for o caso, esterilidade dosmesmos. Em se tratando de produtos termo labeis, deverão ser acondicionadosconforme especificação do fabricante.

**6.4.** Os medicamentos de dispensação especial são regidos pela Portaria 344 de12 de maio de 1998, que aprova o Regulamento Técnico Sobre Substâncias eMedicamentos Sujeitos a Controle Especial. Além de toda documentação exigidapela Lei Federal n°8.666/93, bem como pela Lei Federal n°10.520/2002, deverá ser exigida para participação dos medicamentos os seguintes documentos:

**a)** Alvará Sanitário ou Licença Sanitária Estadual/ Municipal/ Distrital, vigente;

**b)** Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE) emitida pela AgênciaNacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (ANVISA).

**c)** certificado de responsabilidade técnica, expedido pelo conselho regional defarmácia, dentro da validade.

**d)** Termo de Responsabilidade emitido pela distribuidora, garantido a

---



PREFEITURAMUNICIPALSANTACRUZDA CONCEIÇÃO  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

entrega do medicamento no prazo e quantidade estabelecidos na licitação.

e) É obrigatório, sob pena de desclassificação, a apresentação do registro vigente no Ministério da Saúde.

## **7. PRAZO DE ENTREGA E PERIODICIDADE**

**7.1** A administração municipal fará as aquisições de forma parcelada, mediante as necessidades do requisitante.

**7.2.** O prazo de entrega do objeto deste certame dos medicamentos é de 7 dias, após expedição da Ordem de Fornecimento emitida pelo Departamento Requisitante, salvo por motivo fortuito ou força maior devidamente justificado e aceito pelo departamento responsável.

## **8. LOCAL DA ENTREGA**

**8.1.** Os medicamentos desta licitação deverão ser entregues impreterivelmente na Farmácia do Centro de Saúde “Dr. José Tadeu Mourão”, na Rua Ver. Gabriel Francisco, nº 370, Centro, no Município de Santa Cruz da Conceição/SP.

**8.2** Não serão aceitas entregas fora do endereço constante no item 7.1.

## **9. FORMA DE PAGAMENTO:**

**9.1.** O pagamento das despesas decorrentes da presente licitação será efetuado pelo município em até 30 (trinta) dias, contados da data da emissão da nota fiscal/fatura da prestação de serviços, na forma de Boleto ou Ordem Bancária em conta corrente indicada pela contratada,

---



PREFEITURAMUNICIPALSANTACRUZDA CONCEIÇÃO  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

mediante apresentação das respectivas Notas Fiscais/Faturas, com os devidos atestes do responsável pelo acompanhamento.

**9.2** Todas as Notas Fiscais emitidas deverão ser eletrônicas e enviadas para o e-mail [nfe@santacruzdaconceicao.sp.gov.br](mailto:nfe@santacruzdaconceicao.sp.gov.br) para contabilização e pagamento.

**10. RESPONSÁVEL/GESTOR:**

Fernanda Maria Albuquerque dos Santos

Simone Knorre

Diretora do Departamento de Saúde

Santa Cruz da Conceição, 25 de janeiro de 2024.

---



PREFEITURAMUNICIPALSANTACRUZDACONCEIÇÃO  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

