

ANEXO I  
TERMO DE REFERÊNCIA

**1 - OBJETO:** REGISTRO DE PREÇOS VISANDO A FUTURA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A DISPONIBILIZAÇÃO E DOAÇÃO EM UNIDADES DE SAÚDE NECESSÁRIO PARA ATENDER AS DEMANDAS DA POPULAÇÃO, DESTINADOS A ATENDER AS NECESSIDADES DA SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE-CE.

**2 - JUSTIFICATIVA:** A aquisição dos medicamentos se dará devido à necessidade da garantia de tratamento medicamentoso aos pacientes em acompanhamento/tratamento médico pelo SUS, medicamentos estes que constam na REMAME-Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, da Farmácia Básica, distribuídos pelo Estado através da PPI (Programas de Parcerias e Investimento), mais o quantitativo pactuado não está sendo entregue pela COASF, conforme anexo ao processo, e para não faltar na rede municipal será disponibilizado aos munícipes tais medicamentos, através da presente aquisição. Garantindo assim a não interrupção do tratamento aos pacientes acompanhados, e que a aquisição deve se ocorrer através do Sistema de Registro de Preços, em observância ao artigo 15 da Lei 8666/1993 e ao Decreto Municipal nº 3.691/2018. Ademais, é importante consignar que haverá necessidade de frequentes contratações dos medicamentos, que será arbitrado conforme a demanda de cada Unidade para evitar a inutilização dos itens. Com a presente aquisição almeja-se alcançar a seguinte finalidade: Aquisição dos medicamentos para prestar assistência de acordo com os protocolos clínicos nas unidades sob a gestão da Secretaria de Saúde.

**3 - LOTES:** Em virtude de acudir o maior número de interessados em participar da licitação sem prejudicar o ganho da aquisição em escala, tendo em vista que se trata de um Pregão Presencial e para não gerar custos a mais a Administração Pública, optou-se pela divisão deste certame em 05 LOTES. Levando em consideração à ampla competição.

**4 – DOS ITENS:**

LOTE 01				
ITEM	DESCRIÇÃO	MARCA	QUANT.	UNIDADE
0001	ACICLOVIR 200MG: <i>Especificação : ACICLOVIR 200MG</i>		10000,000	COMPRIMI
0002	ALBENDAZOL SUSPENSÃO 10 ML: <i>Especificação : ALBENDAZOL SUSPENSÃO 10 ML</i>		24000,000	FRASCO
0003	AZITROMICINA: <i>Especificação : AZITROMICINA</i>		60000,000	COMPRIMI
0004	CARBONATO DE CÁLCIO +VITAMINA D: <i>Especificação : CARBONATO DE CÁLCIO +VITAMINA D</i>		120000,000	COMPRIMI
0005	CEFALEXINA 500MG: <i>Especificação : CEFALEXINA 500MG</i>		180000,000	COMPRIMI
0006	CEFALEXINA SUSPENSÃO 100 ML: <i>Especificação : CEFALEXINA SUSPENSÃO 100 ML</i>		5000,000	FRASCO
0007	CLARITROMICINA 500 MG: <i>Especificação : CLARITROMICINA 500 MG</i>		3000,000	COMPRIMI
0008	DEXAMETAZONA 0,1%-DERMATOLOGICO 10 G: <i>Especificação : DEXAMETAZONA 0,1%-DERMATOLOGICO 10 G</i>		24000,000	BISNAGA
0009	DEXAMETAZONA ELIXIR 100 ML:		500,000	FRASCO



GOVERNO DE  
SÃO GONÇALO  
DO AMARANTE



ESTADO DO CEARÁ  
GOVERNO MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE

	<i>Especificação : DEXAMETAZONA ELIXIR 100 ML</i>			
0010	DIPIRONA 500 MG:		120000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : DIPIRONA 500 MG</i>			
0011	FUROSEMIDA 40 MG:		240000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : FUROSEMIDA 40 MG</i>			
0012	GLICAZIDA 60 MG:		60000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : GLICAZIDA 60 MG</i>			
0013	IBUPROFENO 50 MG /ML 30 ML:		5000,000	FRASCO
	<i>Especificação : IBUPROFENO 50 MG /ML 30 ML</i>			
0014	IBUPROFENO 600MG:		240000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : IBUPROFENO 600MG</i>			
0015	ISOSSORBIDA 5 MG:		30000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : ISOSSORBIDA 5 MG</i>			
0016	ITRACONAZOL 100MG:		48000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : ITRACONAZOL 100MG</i>			
0017	LEVOTIROXINA 100 MG:		60000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : LEVOTIROXINA 100 MG</i>			
0018	LEVOTIROXINA 25 MG:		120000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : LEVOTIROXINA 25 MG</i>			
0019	LORATADINA COMPRIMIDO:		120000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : LORATADINA COMPRIMIDO</i>			
0020	LORATADINA XAROPE 1 MG /ML 100 ML:		6000,000	FRASCO
	<i>Especificação : LORATADINA XAROPE 1 MG /ML 100 ML</i>			
0021	LOSARTANA 50 MG:		2400000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : LOSARTANA 50 MG</i>			
0022	METILDOPA 500 MG:		72000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : METILDOPA 500 MG</i>			
0023	METRONIDAZOL 10%:		12000,000	BISNAGA
	<i>Especificação : METRONIDAZOL 10%</i>			
0024	MICONAZOL VAGINAL:		12000,000	TUBO
	<i>Especificação : MICONAZOL VAGINAL</i>			
0025	PARACETAMOL 500 MG:		240000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : PARACETAMOL 500 MG</i>			
0026	PERMETRINA 5%:		4800,000	FRASCO
	<i>Especificação : PERMETRINA 5%</i>			
0027	PROPRANOLOL 40 MG:		240000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : PROPRANOLOL 40 MG</i>			
0028	RANITIDINA 150 MG:		120000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : RANITIDINA 150 MG</i>			
0029	RANITIDINA XAROPE:		1000,000	FRASCO
	<i>Especificação : RANITIDINA XAROPE</i>			
0030	SINVASTATINA 20 MG:		960000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : SINVASTATINA 20 MG</i>			
0031	SULFADIAZINA DE PRATA 1% 30 G:		7200,000	BISNAGA
	<i>Especificação : SULFADIAZINA DE PRATA 1% 30 G</i>			
0032	SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIMA 400+80:		120000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIMA 400+80</i>			
0033	SULFATO FERROSO 40 MG:		240000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : SULFATO FERROSO 40 MG</i>			



GOVERNO DE  
SÃO GONÇALO  
DO AMARANTE



ESTADO DO CEARÁ  
GOVERNO MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE

0034	SULFATO FERROSO GOTAS:		2000,000	FRASCO
	<i>Especificação : SULFATO FERROSO GOTAS</i>			

LOTE 02

ITEM	DESCRIÇÃO	MARCA	QUANT.	UNIDADE
0001	AMITRIPITILINA DE 25 MG:		360000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : AMITRIPITILINA DE 25 MG</i>			
0002	CARBAMAZEPINA 200 MG:		360000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : CARBAMAZEPINA 200 MG</i>			
0003	CITALOPAM 20 MG:		120000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : CITALOPAM 20 MG</i>			
0004	DIAZEPAM 10 MG:		360000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : DIAZEPAM 10 MG</i>			
0005	FENOBARBITAL 100 MG:		360000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : FENOBARBITAL 100 MG</i>			
0006	FLUOXETINA 20 MG:		720000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : FLUOXETINA 20 MG</i>			
0007	RISPERIDONA GOTAS 1MG/ML:		6000,000	FRASCO
	<i>Especificação : RISPERIDONA GOTAS 1MG/ML</i>			
0008	RISERIDONA 1MG:		60000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : RISERIDONA 1MG</i>			
0009	METILFENIDATO 10MG:		15000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : METILFENIDATO 10MG</i>			
0010	HALOPERIDOL DECANOATO INJ:		2400,000	AMPOLA
	<i>Especificação : HALOPERIDOL DECANOATO INJ</i>			

LOTE 03

ITEM	DESCRIÇÃO	MARCA	QUANT.	UNIDADE
0001	PERICIAZINA 1%:		30,000	FRASCO
	<i>Especificação : PERICIAZINA 1%</i>			
0002	PREGABALINA 150 MG:		3500,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : PREGABALINA 150 MG</i>			
0003	PREGABALINA DE 75 MG:		5400,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : PREGABALINA DE 75 MG</i>			
0004	SERTRALINA 50MG:		2160,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : SERTRALINA 50MG</i>			
0005	TOPIMARATO DE 25 MG:		2160,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : TOPIMARATO DE 25 MG</i>			
0006	TRAMAL 100 MG:		2160,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : TRAMAL 100 MG</i>			
0007	TRAMAL 50 MG:		2160,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : TRAMAL 50 MG</i>			

LOTE 04

ITEM	DESCRIÇÃO	MARCA	QUANT.	UNIDADE
0001	BETAMETASONA COMPOSIÇÃO :VALERATO .01 MG /G:		30,000	BISNAGA
	<i>Especificação : BETAMETASONA COMPOSIÇÃO :VALERATO .01 MG /G</i>			
0002	HIDROXIZINA CLORIDRATO ,02MG/ML:		50,000	FRASCO



GOVERNO DE  
**SÃO GONÇALO  
DO AMARANTE**



ESTADO DO CEARÁ  
GOVERNO MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE

	<i>Especificação : HIDROXIZINA CLORIDRATO ,02MG/ML</i>			
0003	TIRA REAGENTE PARA VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR ACCU CHECK:		600000,000	UNIDADE
	<i>Especificação : TIRA REAGENTE PARA VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR ACCU CHECK</i>			

LOTE 05				
ITEM	DESCRIÇÃO	MARCA	QUANT.	UNIDADE
0001	ALOPURINOL 300MG:		10000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : ALOPURINOL 300MG</i>			
0002	AMIODARONA 200 MG:		5000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : AMIODARONA 200 MG</i>			
0003	BUDESONIDA 50MG:		500,000	FRASCO
	<i>Especificação : BUDESONIDA 50MG</i>			
0004	CAPTOPRIL 25 MG:		480000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : CAPTOPRIL 25 MG</i>			
0005	ENALAPRIL 5 MG:		240000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : ENALAPRIL 5 MG</i>			
0006	GLICLAZIDA MR 30 MG:		240000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : GLICLAZIDA MR 30 MG</i>			
0007	ISOSSORBIDA 40MG:		120000,000	COMPRIMI
	<i>Especificação : ISOSSORBIDA 40MG</i>			
0008	METRONIDAZOL 4% - SUSPENSÃO 100 ML:		1200,000	FRASCO
	<i>Especificação : METRONIDAZOL 4% - SUSPENSÃO 100 ML</i>			
0009	MICONAZOL 2% DERMATOLÓGICO 100 ML:		4800,000	BISNAGA
	<i>Especificação : MICONAZOL 2% DERMATOLÓGICO 100 ML</i>			
0010	NISTATINA 100.000UI/ML:		4800,000	FRASCO
	<i>Especificação : NISTATINA 100.000UI/ML</i>			
0011	OXIBUTININA SOLUÇÃO 120 ML:		300,000	FRASCO
	<i>Especificação : OXIBUTININA SOLUÇÃO 120 ML</i>			
0012	PERMETRINA 1%:		4800,000	FRASCO
	<i>Especificação : PERMETRINA 1%</i>			

## 5 - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

### 1. Caberá ao CONTRATANTE:

- 1.1 - permitir acesso dos empregados da CONTRATADA às dependências do CONTRATANTE para a entrega dos produtos;
- 1.2 - impedir que terceiros forneçam os produtos objeto deste Contrato;
- 1.3 - prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pelos empregados da CONTRATADA;
- 1.4 - devolver os produtos que não apresentarem condições de serem consumidos/utilizados;
- 1.5 - solicitar a troca dos produtos devolvidos mediante comunicação a ser feita pelo Serviço de Almojarifado;
- 1.6 - solicitar, por intermédio de Autorização de Fornecimento expedida pelo Serviço de Almojarifado, o fornecimento dos produtos objeto deste Contrato;
- 1.7 - comunicar à CONTRATADA, qualquer irregularidade no fornecimento dos produtos e interromper imediatamente o fornecimento, se for o caso.

ESTADO DO CEARÁ  
GOVERNO MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE

**6 – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

1. Caberá à CONTRATADA:

1.1 - responder, em relação aos seus empregados, por todas as despesas decorrentes dos serviços, tais como:

- a) salários;
- b) seguros de acidentes;
- c) taxas, impostos e contribuições;
- d) indenizações;
- e) vales-refeição;
- f) vales-transporte; e
- g) outras que porventura venham a ser criadas e exigidas pelo Governo.

1.2 - manter os seus empregados sujeitos às normas disciplinares do CONTRATANTE, porém sem qualquer vínculo empregatício com o órgão;

1.3 - manter, ainda, os seus empregados identificados por crachá, quando em trabalho, devendo substituir imediatamente qualquer um deles que seja considerado inconveniente à boa ordem e às normas disciplinares do CONTRATANTE;

1.4 - respeitar as normas e procedimentos de controle e acesso às dependências do CONTRATANTE;

1.5 - responder pelos danos causados diretamente à Administração do CONTRATANTE ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo, durante o fornecimento do produto, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento pelo CONTRATANTE;

1.6 - responder, ainda, por quaisquer danos causados diretamente a bens de propriedade do CONTRATANTE, quando esses tenham sido ocasionados por seus empregados durante o fornecimento do produto;

1.7 - efetuar a entrega do produto objeto da Autorização de Fornecimento, de acordo com a necessidade e o interesse do CONTRATANTE, no prazo de 05 (cinco) dias úteis após o recebimento da Autorização de Fornecimento expedida pelo Serviço de Almoxarifado/setor competente;

1.8 - efetuar a troca dos produtos considerados sem condições de uso, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, contadas do recebimento da comunicação expedida pelo Serviço de Almoxarifado;

1.9 - comunicar ao Serviço de Almoxarifado/setor competente do CONTRATANTE, por escrito, qualquer anormalidade de caráter urgente e prestar os esclarecimentos que julgar necessário; e

1.10 - manter-se, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no Pregão.

**7 - DO PRAZO E LOCAL DE ENTREGA:** Os bens licitados deverão ser entregues no prazo máximo de 05(cinco) dias úteis, a contar da expedição da ORDEM DE COMPRA-FORNECIMENTO pela administração, no local indicado na autorização de fornecimento, (setor competente).

1.1- Por ocasião da entrega dos produtos, o fornecedor deverá apresentar recibo em 02(duas) vias, além das respectivas fatura e Nota Fiscal.

1.2- Para os bens objetos deste certame, deverá ser emitida Fatura e Nota Fiscal em nome da Prefeitura Municipal de SÃO GONÇALO DO AMARANTE/CE.

1.3- No caso de constatação da inadequação dos bens fornecidos às normas e exigências especificadas neste Edital e na Proposta vencedora a administração os recusará, devendo ser de imediato ou no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas adequados às supracitadas condições, sob pena de aplicação das penalidades cabíveis, na forma da lei e deste instrumento.

1.4- Em nenhuma hipótese serão concedidas prorrogações de prazo.



GOVERNO DE  
**SÃO GONÇALO  
DO AMARANTE**



ESTADO DO CEARÁ  
**GOVERNO MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE**

**8 – DO PAGAMENTO:** O pagamento será feito na proporção da entrega dos bens licitados, segundo as ordens de compras/autorizações de fornecimento expedidas pela administração, de conformidade com as notas fiscais/faturas devidamente atestadas acompanhada da comprovação da regularidade fiscal para com a Seguridade Social (INSS), a Fazenda Federal, Estadual e Municipal do domicílio ou sede do CONTRATADO, FGTS e Trabalhista através Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas perante a Justiça do Trabalho, emitida na forma da Lei N°. 12.440/2011, em original ou em fotocópia, todas atualizadas, observadas as condições da proposta.

1.1- O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias após o encaminhamento da documentação tratada neste item, observadas as disposições editalícias, através de crédito na Conta Bancária do fornecedor ou através de cheque nominal.

SÃO GONÇALO DO AMARANTE/CE, 03 DE MARÇO DE 2020.

  
EROCHÂNIA ACÁCIO PINHO LOPES  
PREGOEIRA