



**Ofício n° 40/2018 – DAF COMPRAS E SERVIÇOS**

Óbidos – PA, 25 de Julho de 2018.

Ao Excelentíssimo senhor,  
**FRANCISCO JOSÉ ALFAIA DE BARROS.**  
Prefeito Municipal de Óbidos.  
NESTA

**Assunto:** Abertura de Processo Licitatório.



Excelentíssimo Senhor,

Vimos por meio deste, informar que consta em nosso registro a necessidade de aquisição de **MEDICAMENTOS** para o exercício de 2018.

Para atender a essa necessidade servimo-nos do presente para requerer vossa autorização para abertura de processo licitatório para Contratação de Empresa Especializada no fornecimento de **MEDICAMENTOS** em atendimento as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde de Óbidos no âmbito da atenção Básica e Atenção especializada, a fim de suprir as necessidades da Zona Urbana e rural.

Na certeza de que Vossa Excelência irá atender ao nosso pedido, solicitamos que se digne em determinar à Comissão de Licitação que sejam tomadas as providências cabíveis para a solicitação ora pretendida.

Todas as ações e controles serão executados sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde. Neste sentido, pedimos e esperamos o deferimento.

Seguem anexos: O termo de referência e a pesquisa de mercado com as médias de valores.

Atenciosamente,

Nathália Rodrigues da Silva  
CPF: 526.327.762-87  
Decreto n° 0540/2018  
Secretária Mun. de Saúde de Óbidos

**Nathalia Rodrigues da Silva**  
Secretária Municipal de Saúde  
Decreto n°540 /2018





## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS

CNPJ Nº. 11.884.818/0001-30 – Fone: (93) 3547-2979/3026

Rua Almirante Barroso, 330, Centro – CEP: 68.250-000

E-mail: [semsaobidos@yahoo.com.br](mailto:semsaobidos@yahoo.com.br)

### TERMO DE REFERÊNCIA

#### 1- OBJETO:

Aquisição de **Medicamentos** em atendimento as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde de Óbidos no âmbito da atenção Básica e Atenção Especializada, a fim de suprir as necessidades da Zona Urbana e rural, no exercício de 2018.

#### 2 - OBJETIVO:

O objetivo deste Termo de Referência é a contratação de Empresa (s) especializada (s) para fornecimento de Medicamentos, conforme as condições e especificações constantes deste Termo de Referência, para atender as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde de Óbidos no âmbito da atenção Básica e Atenção Especializada, a fim de suprir as necessidades da Zona Urbana e rural, no exercício de 2018.

#### 3 - JUSTIFICATIVA:

Justifica-se a aquisição dos Medicamentos devido à necessidade da garantia de tratamento medicamentoso aos pacientes em acompanhamento/tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) atendida nas Unidades Básicas de Saúde da Zona Urbana e Rural, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Hospital Municipal Dr. José Benito Priante e todas as unidades de Saúde vinculadas a esta Secretaria de Saúde, bem como dar suporte as ações realizadas.

#### 4- ESPECIFICAÇÃO:

Fornecimento de Medicamentos conforme planilha em anexo, e especificações mínimas constantes neste Termo de Referência.

#### 5- APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE PREÇO

Todas as Empresas e/ ou Distribuidoras que estejam apresentando propostas para o fornecimento de Medicamentos, estarão obrigadas a apresentar e incluir nos seus



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS

CNPJ Nº. 11.884.818/0001-30 – Fone: (93) 3547-2979/3026  
Rua Almirante Barroso, 330, Centro – CEP: 68.250-000  
E-mail: [semsaobidos@yahoo.com.br](mailto:semsaobidos@yahoo.com.br)

respectivos envelopes de proposta os seguintes documentos, sob pena de desclassificação:

**5.1.** Comprovante e/ou Declaração de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, de acordo com o disposto nos artigos 1º e 2º da lei 6.360/76;

**5.2. Declaração emitida pelas Empresas e/ou Distribuidoras, se responsabilizando na entrega dos Medicamentos;**

**5.3.** Apresentar na proposta que a validade dos produtos ofertados não poderá ser inferior a 11 (Onze) meses a contar da sua entrega no Almoxarifado do Município, sob pena de constatada alguma imperfeição ou irregularidade, ter os produtos devolvidos e a empresa submetida às penalidades da Lei;

### **6- FORMA DE FORNECIMENTO E LOCAL DE ENTREGA DOS MEDICAMENTOS:**

**6.1.** Os Medicamentos deverão ser entregues no Almoxarifado da Secretaria Municipal de Saúde de Óbidos, cito à Rua José do Patrocínio, 158, Bairro de Fátima, em Óbidos - PA.

**6.2.** Os produtos serão recebidos pelos Fiscais do Contrato: **NATHALIA RODRIGUES DA SILVA (SECRETÁRIA DE SAÚDE- Decreto 540/2018)** ou **PABLO HENRIQUE FLORENZANO VIANA (CHEFE DE COMPRAS- Decreto 0451/2018)** e/ou servidor designado e responsável pelo Almoxarifado da Secretaria Municipal de Saúde de Óbidos.

**6.3.** A Empresa deverá entregar os produtos no horário das 07h30min às 13h30min, de segunda a sexta-feira, não serão recebidos materiais fora do expediente de trabalho.

**6.4.** As despesas relativas ao fornecimento, tais como **fretes e/ou transportes**, serão de responsabilidade da licitante vencedora.

### **7. DAS CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO E ACEITAÇÃO:**

**7.1.** Serão conferidos pelo servidor responsável do Almoxarifado, da seguinte forma:

- a.** Provisoriamente, para efeito de posterior verificação da conformidade do produto com a especificação. No local de entrega, servidor designado fará o recebimento dos produtos limitando-se a verificar a sua conformidade com o



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS

CNPJ Nº. 11.884.818/0001-30 – Fone: (93) 3547-2979/3026  
Rua Almirante Barroso, 330, Centro – CEP: 68.250-000  
E-mail: [semsaobidos@yahoo.com.br](mailto:semsaobidos@yahoo.com.br)

discriminado na Nota Fiscal, fazendo constar a data da entrega dos materiais e, se for o caso, as irregularidades observadas;

b. Definitivamente, no prazo de até 03 dias úteis, contados do recebimento provisório pelo Farmacêutico e ou/ servidor responsável do Almojarifado, que verificará as especificações e as qualificações dos produtos entregues, de conformidade com o exigido neste edital.

**7.2.** Com a conferência definitiva e a aprovação do servidor responsável pelo Almojarifado a Nota será carimbada e encaminhada para processo de pagamento.

**7.3.** Os itens registrados que estiverem com suas embalagens deterioradas no momento da entrega, serão devolvidos para a empresa detentora da ata para a devida troca.

**7.4** – Somente serão recebidos os pedidos que forem entregues na sua totalidade conforme a Nota fiscal que acompanhará o referido pedido.

### **8. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:**

**8.1.** A CONTRATADA compromete-se e obriga-se a cumprir o estabelecido neste Termo de Referência;

**8.2.** A CONTRATADA compromete-se a realizar a entrega dos Medicamentos solicitados na Ordem de Fornecimento no prazo máximo de 10 (dez) dias, a contar da data do recebimento da Ordem de Compra ou Empenho;

**8.3.** A CONTRATADA compromete-se e obriga-se a cumprir o prazo de entrega dos Medicamentos estabelecido neste Termo de Referência, o não cumprimento reserva a Contratante o direito de tomar as providências cabíveis;

**8.4.** A CONTRATADA deverá arcar com todas as despesas, diretas e indiretas, decorrentes do cumprimento das obrigações assumidas, sem qualquer ônus à Contratante, tais como: Fretes e outros serviços que necessitem para que o objeto seja entregue no Almojarifado da Secretaria de Saúde.

**8.5.** A CONTRATADA será a única responsável por danos e prejuízos, de qualquer natureza, causada a Contratante ou a terceiros, decorrentes da execução do objeto deste Termo de Referência, isentando a Contratante de



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS

CNPJ Nº. 11.884.818/0001-30 – Fone: (93) 3547-2979/3026  
Rua Almirante Barroso, 330, Centro – CEP: 68.250-000  
E-mail: [semsaobidos@yahoo.com.br](mailto:semsaobidos@yahoo.com.br)

todas as reclamações que porventura possam surgir, ainda que tais reclamações sejam resultantes de atos dos seus prepostos ou de quaisquer pessoas físicas ou jurídicas, empregadas ou ajustadas na execução do objeto;

**8.6.** Acatar todas as orientações da Contratante, emanadas pelo fiscal do contrato, sujeitando-se à ampla e irrestrita fiscalização, prestando todos os esclarecimentos solicitados e atendendo às reclamações formuladas;

**8.7.** Manter, durante o fornecimento do objeto deste Termo de Referência, em compatibilidade com as obrigações a serem assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;

**8.8.** Utilizar materiais solicitados neste Termo, de primeira qualidade, observando o registro nos órgãos competentes e o prazo de validade, sendo vedada a utilização de produtos com alterações de características, ainda que dentro do prazo de validade;

**8.9.** Apresentar caso necessário ao setor requisitante Certificado de Registro do Produto, emitido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária –ANVISA.

**8.10.** Os medicamentos deverão ser entregues com prazo de validade não inferior a 11 (Onze) meses, a contar da data de entrega no Almoxarifado da SEMSA.

**8.11.** A **Contratante** se reserva o direito de devolver, no todo ou em parte, os produtos que não atenderem ao que ficou estabelecido no presente Edital e no contrato e/ou que não estejam adequados para o uso.

### **9. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:**

**9.1.** Efetuar os pagamentos correspondentes às faturas emitidas dentro do prazo legal;

**9.2.** Proporcionar todas as facilidades necessárias à boa execução do objeto desta licitação;

**9.3.** Prestar as informações e esclarecimentos que venham a ser solicitadas pela CONTRATADA;

**9.4.** Permitir acesso aos funcionários da CONTRATADA, desde que devidamente identificados, aos locais onde será entregue o objeto deste Termo de Referência, nos horários de expediente normal.



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS

CNPJ Nº. 11.884.818/0001-30 – Fone: (93) 3547-2979/3026

Rua Almirante Barroso, 330, Centro – CEP: 68.250-000

E-mail: [semsaobidos@yahoo.com.br](mailto:semsaobidos@yahoo.com.br)

### 10. DO PAGAMENTO:

10.1. O pagamento será efetuado pela Secretaria Municipal de Saúde de Óbidos, o qual ocorrerá a partir de 30 (trinta) dias, a contar da certificação de que o material foi aceito, onde a Nota Fiscal será atestada pelo responsável do Departamento recebedor competente.

### 11. DO VALOR ESTIMADO:

O valor estimado para aquisição dos referidos produtos a serem licitados, é no valor de R\$ 2.768.989,94 (Dois Milhões e Setecentos e sessenta e oito mil e novecentos e oitenta e nove reais e noventa e quatro centavos).

### 12. PROGRAMÁTICO:

As despesas serão custeadas com recursos do:

**FUS – FUNDO ÚNICO DE SAÚDE** ✓

**CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL** ✓

**PAB – PROGRAMA DE ATENÇÃO BÁSICA** ✓

**FARMÁCIA BÁSICA e ATENÇÃO PRIMÁRIA** ✓

**DIABETES MILLITUS** ✓

**DMAC – DEPARTAMENTO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE** ✓

**ESF – ESTRATÉGIA E SAÚDE DA FAMÍLIA** ✓

**PMAQ – PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA** ✓

**ATENÇÃO BÁSICA**



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS

CNPJ Nº. 11.884.818/0001-30 – Fone: (93) 3547-2979/3026  
Rua Almirante Barroso, 330, Centro – CEP: 68.250-000  
E-mail: [semsaobidos@yahoo.com.br](mailto:semsaobidos@yahoo.com.br)

### 13. ANEXO:

Planilha com o valor estimado para aquisição dos referidos produtos a serem licitados.

Nathália Rodrigues da Silva  
CPF: 526.827.762-87  
Decreto nº 0540/2018  
Secretária Mun. de Saúde de Óbidos

---

**Nathália Rodrigues da Silva**  
Secretária Municipal de Saúde  
Decreto: 540/2018



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS**

CNPJ Nº 11.884.818/0001-30 - Fone: (93) 3547-3026/2979

Rua: Almirante Barroso, 330 – Centro – CEP: 68250-000

E-mail: semsaobidos@yahoo.com.br

**FARMÁCIA BÁSICA**

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	QTD	UND	F. CARDOSO	DISTRIBUIDORA LAMED	MAXIMA DISTRIBUIDORA	DCS VASCONCELOS	www.safedrogarias.com.br	consultaremédios.com.br	www.cirurgiaestilo.com.br	www.riomx.com.br	www.drogariaminhasasil.com.br	hipertarma.webnode.pt	www.drogasuper.com.br	www.bifarma.com.br	www.dentalbuteirre.com.br	www.santapaulonia.com.br	www.shoptiso.com.br	www.hospitalaridistribuidora.com.br	Princesa do Norte	Farmacia Ezechim	www.paguemenos.com.br	www.drogaria.com.br	www.drogariainovaspereira.com.br	www.ibeafarma.com.br	www.drogamaxi.com.br	Ultrafarma	Drogariaajulo.com.br	www.farmadelivery.com.br	www.cliquefarmacia.com.br	www.netuprimentos.com.br	www.onofre.com.br	TABELA ANVISA	VALOR MÉDIO UNIT.	VALOR TOTAL UNIT.
1	Aciclovir 200 mg	4.973	CP	0,59	0,47	0,35	0,73																											0,54	R\$ 2.660,45
2	Aciclovir 50mg/g creme	2.592	BGA	5,72	4,43	2,65	4,92																											4,43	R\$ 11.482,56
3	Ácido acetilsalicílico 100 mg	48.000	CP	0,05	0,05	0,03	0,04																											0,04	R\$ 1.920,00
4	Ácido ascórbico 500 mg/5ml Sol. Injetável	4.320	AMP	1,07	0,83	0,65	1,10																											0,86	R\$ 3.715,20
5	Ácido ascórbico / 20 ml	2.592	FCO	2,44	1,89		2,20																											2,05	R\$ 5.300,64
6	Ácido fólico 5 mg	108.000	CP	0,09	0,07	0,06	0,09																											0,07	R\$ 7.920,00
7	Ácido tranexânico 50 mg amp / 5 ml	2.100	AMP	6,02	10,62	2,45	9,50																											7,52	R\$ 15.799,00
8	Água para injeção 10ml	8.640	AMP	0,26	0,15	0,22	0,25																											0,21	R\$ 1.785,60
9	Albendazol 40 mg/ml SO	5.184	FCO	2,48	1,93	1,12	2,14																											1,73	R\$ 8.988,32
10	Albendazol 400 mg	9.216	CP	0,82	0,63	0,55	0,70																											0,63	R\$ 5.775,36
11	Alcool 70% (1l)	960	FCO	6,97	6,61																													6,61	R\$ 6.345,60
12	Alendronato de sódio 70 mg	4.800	CP	1,16	3,15	1,64																												2,40	R\$ 11.496,00
13	Amicacina 100 mg/2 ml Sol. Injetável	360	AMP	1,37	1,40																													1,73	R\$ 622,80
14	Amicacina 50 mg/2 ml Sol. Injetável	720	AMP	1,37	3,22	1,20																												2,21	R\$ 1.591,20
15	Aminoflina 240 mg/10 ml Sol. Injetável	1.200	AMP	1,44	1,08	0,97	3,80																											1,95	R\$ 2.340,00
16	Anidodrona 150 mg/3 ml Sol. Injetável	720	AMP	3,43	3,66	1,68	3,20																											2,85	R\$ 2.049,60
17	Amoxicilina 200mg	4.800	CP	0,65		0,36	0,65																											0,55	R\$ 2.656,00
18	Amoxicilina + Clavulonato de potássio 500mg+125mg	9.216	CP	0,98	1,35	1,60																												1,31	R\$ 12.072,96
19	Amoxicilina + Clavulonato de potássio 50mg+12,05/ml sol	840	FCO	19,75			28,00																											32,09	R\$ 26.958,40
20	Amoxicilina 50 mg/ml sol. oral	2.400	FCO	8,09	9,88	6,80	6,96																											7,88	R\$ 18.912,00
21	Amoxicilina 500 mg	43.200	CP	0,33	0,25	0,18	0,28																											0,24	R\$ 10.224,00
22	Ampicilina 1 g Sol. Injetável	1.440	AMP	6,73	5,74	5,06	10,50																											7,10	R\$ 10.224,00
23	Ampicilina 50 mg/ml sol. oral	2.592	FCO	7,36	5,70	3,28	6,35																											5,11	R\$ 13.245,12
24	Ampicilina 500 mg	40.800	CP	0,53	0,34	NC	0,45																											0,40	R\$ 16.116,00
25	Anlodipino besilato 10 mg	25.920	CP	0,14	0,23	0,06	0,18																											0,16	R\$ 4.060,80
26	Anlodipino besilato 5 mg	12.000	CP	0,09	0,14	0,06	0,06																											0,10	R\$ 1.200,00
27	Atenolol 100 mg	24.000	CP	0,13	0,09	0,08	0,10																											0,09	R\$ 2.160,00
28	Atenolol 50 mg	28.800	CP	0,08	0,05	0,08	0,07																											0,07	R\$ 1.920,00
29	Atropina 0,25 mg/ml Sol. Injetável	1.200	AMP	0,56	0,32	0,52																												0,47	R\$ 560,00
30	Azitromicina 40 mg/ml SO	2.400	FCO	11,84	5,08	10,20																												9,04	R\$ 21.696,00
31	Azitromicina 500 mg	25.920	CP	1,12	1,03	0,65	1,20																											0,96	R\$ 24.883,20
32	Benzil. Benz. 1.200.000 ui Sol. Injetável	1.200	AMP	15,29	13,60	18,50																												15,80	R\$ 18.956,00
33	Benzil. Proc. + 400.000. U.I	1.200	AMP	4,26	9,10	7,00																												6,79	R\$ 8.144,00
34	Benzil. Proc. + potass. 300.000 + 100.000 ui	1.200	AMP	4,26	7,20	13,25	7,00																											9,15	R\$ 10.980,00











