

ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA

1. O processo trata-se de aquisição de Material de Consumo – Material Farmacológico para uso com os pacientes usuários do SUS, conforme estabelece a Lei nº 8.080/90 Art. 2º 1º e Art. 6.1 – a execução de ações; de assistência terapêutica integral inclusive farmacêutica.
2. O objetivo da aquisição destes medicamentos é para consumo das unidades bem como nos atendimentos realizados pelo SAMU. A Secretaria de Município da Saúde solicitará os medicamentos conforme necessidade e disponibilidade de recursos financeiros e orçamentários.

	COD.	MEDICAMENTO	DESCRIÇÃO	APRESENTAÇÃO	QUANTIDADE
01	289286	ÁCIDO ASCÓRBICO	200MG/ML	AMPOLA	500
02	289289	ADENOSINA	3MG/ML	AMPOLA 2 ML	2.000
03	261711	ADRENALINA	1MG/ML	AMPOLA 1 ML	15.000
04	257675	AGUA DESTILADA	10ML	AMPOLA 10ML	30.000
05	257678	AGUA DESTILADA	5ML	AMPOLA 10ML	30.000
06	286914	AMINOFILINA	24MG/ML	AMPOLA 1ML	4.000
07	256844	AMIODARONA	150 MG	AMPOLA 3ML	2.000
08	277199	ATROPÍNA	0,25MG/ML	AMPOLA 1ML	10.000
09	257721	BENZILPENICILINA PROCAINA+BENZILPENICILINA A POTÁSSICA	100+300000UI	AMPOLA C/DILUENTE 2ML	3.000
10	257722	BENZILPENICILINA BENZATINA	1200000UI	AMPOLA C/4ML	50.000
11	70853	BICARBONATO DE SÓDIO	8,4%	AMPOLA 10 ML	500
12	261672	HIOSCINA/ESCOPOLAMINA+ DIPIRONA	4+500MG/ML	AMPOLA 5ML	10.000
13	286895	CEDILANIDE	0,2MG/ML	AMPOLA 2ML	1.000
14	259338	CEFTRIAXONA	500MG	AMPOLA IM	1.200
15	289290	CETOPROFENO	50MG/ML	AMPOLA	500
16	259305	CIMETIDINA	150MG/ML	AMPOLA 2ML	80.000

17	289294	CLORETO DE POTÁSSIO - KCL	10%	AMPOLA C/ 10 ML	800
18	289295	CLORETO DE SÓDIO - NACL	9%	AMPOLA C/ 10 ML	800
19	257761	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO	25MG/5ML	AMPOLA 5ML	600
20	286727	DEXAMETASONA	4MG/ML	AMPOLA 2,5ML	6.000
21	257768	DIAZEPAM	10MG/2ML	AMPOLA 1ML	30.000
22	257770	DICLOFENACO DE SÓDIO	75MG/3ML	AMPOLA 3 ML	72.000
23	259312	DIPIRONA SÓDICA	500MG/ML	AMPOLA 2ML	30.000
24	289292	DOBUTAMINA	50MG/ML	AMPOLA	500
25	277884	DOLANTINA	50MG/2ML	AMPOLA EV 2ML	1.000
26	287874	DOPAMINA	50MG/ML	AMPOLA	500
27	263364	HIOSCINA/ESCOPOLAMINA	20MG/ML	AMPOLA 1ML	4.800
28	265421	FENITOINA	50MG/ML	AMPOLA 5ML	5.000
29	257786	FENOBARBITAL	200MG/ML	AMPOLA 1 ML	4.000
30	286897	FENTANIL	50MCG	AMPOLA 2ML	480
31	286898	FITOMENADIONA	10MG/ML	AMPOLA 1ML	1.200
32	257789	FLUFENAZINA, ENANTATO	25MG/ML	AMPOLA 1ML	7.200
33	277887	FLUMAZENIL	0,1MG/ML	AMPOLA 1ML	240
34	257795	FUROSEMIDA	10MG/ML	AMPOLA 2ML	18.000
35	70203	GLICOSE	25,00%	AMPOLA 10ML	3.600
36	256925	GLICOSE	50%	AMPOLA 10ML	3.600
37	277888	GLUCONATO DE CÁLCIO	10%	AMPOLA 10ML	300
38	257800	HALOPERIDOL	5MG/ML	AMPOLA 1 ML	4.800
39	289296	HEPARINA	5 ML	AMPOLA	300
40	264446	HIDRALAZINA	20MG/ML	AMPOLA	300
41	277304	HIDROCORTISONA	500MG	AMPOLA 4ML	9.600
42	257827	LIDOCAÍNA S/VASOCONSTRITOR	2,00%	AMPOLA 20ML	15.000

43	289339	MEPERIDINA	100MG/2ML	AMPOLA 2ML	300
44	70948	METOCLOPRAMIDA,CLORIDRATO	10ML	AMPOLA 2ML	40.000
45	289297	METOPROLOL,SUCCINATO	1MG	AMPOLA 1ML EV	500
46	264447	MIDAZOLAN	15MG	AMPOLA 3ML	1.200
47	257848	MORFINA	10MG/ML	AMPOLA EV/IM 1ML	4.000
48	277933	NALOXONA,CLORIDRATO	0,4MG/ML	AMPOLA EV 1ML	240
49	289298	NORADRENALINA	8ML/4ML	AMPOLA 4ML	300
50	277331	PROMETAZINA,CLORIDRATO	50MG	AMPOLA 2ML	10.000
51	289300	QUETAMINA	50 ML/ML	AMPOLA	200
52	70983	RANITIDINA	25 MG	AMPOLA C/ 2 ML	1000
53	289301	SULFATO DE MAGNÉSIO - MgSO4	50%	AMPOLA 10ML	300
54	277934	TENOXICAM	40MG	AMPOLA EV 2ML	10.000
55	70864	TERBUTALINA,SULFATO	0,5ML/ML	AMPOLA 1 ML	500
56	259350	TRAMADOL	50MG/ML	AMPOLA 1ML	30.000

- Os medicamentos devem ser entregues no Almoxarifado da Secretaria de Município da Saúde, localizado na Rua Marechal Floriano nº 05, Bairro Centro, de segunda a sexta-feira, das 08:30 às 11:30 e das 13:30 às 16:30 no prazo de até 15 (quinze) dias úteis, a contar da data de recebimento da Nota de Empenho.
- A responsabilidade pelo transporte e entrega dos materiais é inteiramente da Contratada.
- A CONTRATADA deverá entregar os materiais em perfeitas condições de uso.
- Os medicamentos serão recebidos provisoriamente pela Comissão do Registro de Preço ou por servidor designado pela Secretaria para recebimento. Se no período de recebimento provisório os medicamentos não estiverem de acordo com o edital, a CONTRATANTE enviará solicitação de substituição do produto e, ficará a empresa obrigada a substituir o(s) mesmo(s) dentro do prazo

máximo equivalente a 7 (sete) dias para a retirada e o mesmo período para devolver o(s) medicamento(s) de acordo com o solicitado no edital, sem ônus para o município do Rio Grande.

7. Caso a licitante não entregue o material no prazo estabelecido no Termo de Referência será enquadrada no Artigo 87 da Lei nº 8.666/93.
8. Os Medicamentos deverão ter validade mínima de 01ano (doze meses) após a entrega na Secretaria.
9. A previsão deste quantitativo é para **01 ano**.
10. O não cumprimento por parte da Contratada, na efetividade da entrega, bem como atrasos, falta de medicamentos, medicamentos diferentes da nota de empenho ou qualquer outro que fuja do Contrato, acarretará em sanções previstas em lei.

Os Medicamentos serão analisados pela Chefe do Almoxarifado de Medicamentos – Patrícia Sória – na Secretaria de Município da Saúde – SMS Rua: Marechal Floriano, nº 05, andar térreo, CEP: 96200-380 / Rio Grande – RS. Tel: (53) 3233-8492 .

Sendo o que se apresentava para o momento.

Atenciosamente.

Patrícia Sória da Silva
Chefe do Almoxarifado de Medicamentos
Secretaria de Município da Saúde
Rio Grande/RS

Maicon de Barros Lemos
Secretário de Município da Saúde
Rio Grande/RS