



ESTADO DO PARÁ

Prefeitura Municipal de São Domingos do Capim  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
C.N.P.J. 13.885.840/0001-20



Ofício n.º 886/2019

São Domingos do Capim/PA, 07 novembro de 2019.

Ilma.º Sra.  
MARIA JOSÉ BASTOS DO AMARAL  
M.D.: Presidente da CPL/PMSDC

Prezada Senhora,

Ao cumprimentá-la encaminho, em anexo, previsão de consumo e Termo de Referência de MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL, para suprimento das demandas oriundas do programa de Saúde Mental e do Hospital Municipal, pelo período de 12 meses. Certa de vossa colaboração e entendimento agradeço.

Cordialmente,

  
SUZELY OLIVEIRA REIS  
Secretária Municipal de Saúde - SDC/PA

*Blecy*

08  
11  
19



ESTADO DO PARÁ

Prefeitura Municipal de São Domingos do Capim  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
C.N.P.J. 13.885.840/0001-20



## TERMO DE REFERÊNCIA

### **1 - OBJETO**

1.1 - O presente Termo de Referência tem por objeto a Aquisição de **MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL (Portaria 344/1998)** para suprimento das demandas oriundas do Programa de Saúde Mental e do Hospital Municipal do município de São Domingos do Capim, pelo período de 12 meses, de acordo com as especificações e quantidades constantes no anexo I integrante deste documento.

### **2 - JUSTIFICATIVA**

2.1. Atender os usuários da Rede Municipal de Saúde de São Domingos do Capim, pelo período de 12 meses.

### **3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL**

3.1 – A aquisição do objeto deste Termo de Referência tem amparo legal nas disposições da Lei Federal nº 10.520, de 17.07.2002, da Lei Estadual nº 6.474, de 06.08.2002, do Decreto nº 2.069, de 20.02.2006, aplicando-se, subsidiariamente, a Lei nº 8.666, de 21.06.1993 e a Lei Complementar Federal nº 123/2006 ao procedimento licitatório.

### **4 – PRAZOS E LOCAL DE ENTREGA DO OBJETO**

4.1 – A entrega do objeto observará o especificado abaixo:

- a) Local de entrega: **Almoxarifado Central da Secretaria Municipal de Saúde, sito à Rua Padre José de Anchieta S/N. Bairro: Centro, CEP: 68.635-000 – São Domingos do Capim/PA no horário de funcionamento do setor – Segunda a Sexta – Feira de 08:00 às 13:00 h.**
- b) Número de parcelas: XXXXX
- c) Prazo de entrega: até 10 (dez) dias após o recebimento do pedido, que deverá ser realizado pelo setor responsável em papel timbrado e devidamente assinado pelo gestor municipal, e enviado ao fornecedor por meio físico e/ou eletrônico.
- d) A empresa vencedora deverá comunicar à Secretaria Municipal de Saúde a data e o horário previsto para a entrega do presente objeto com prazo mínimo de 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.

### **5 – CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO E GARANTIA DO OBJETO**

5.1 – A aceitação do objeto está condicionada ao atendimento das especificações constantes do Anexo I deste Termo de Referência e à Proposta da Licitante;

5.2 – Os medicamentos deverão estar acondicionados em suas embalagens originais e em perfeitas condições de uso, estarem na linha de produção atual do fabricante, além de apresentar adequado padrão de qualidade, o que é assegurado pela apresentação do **Laud**



Sexta Rua, s/n, ALTOS SUPERMERCADO MARCOS - CENTRO  
CEP. 68635-000 – São Domingos do Capim – Pará  
E-mail: [secsaudecdc@gmail.com](mailto:secsaudecdc@gmail.com)





ESTADO DO PARÁ

**Prefeitura Municipal de São Domingos do Capim**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**C.N.P.J. 13.885.840/0001-20**



**de Análise de Controle de Qualidade**, emitido pelo Fabricante e/ou Detentor do Registro do produto, o qual deve contemplar:

- 5.2.1 – Identificação do Laboratório;
- 5.2.2 - Especificações (valores aceitáveis) e respectivos resultados das análises dos produtos;
- 5.2.3 - Identificação do responsável com o respectivo número de inscrição no seu conselho profissional correspondente;
- 5.2.4 - Lote e data de fabricação;
- 5.2.5 - Assinatura do responsável;
- 5.2.6 - Data; e
- 5.2.7 – Resultado da análise.

5.3 – Os medicamentos deverão estar devidamente registrados no órgão competente do Ministério da Saúde (Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA);

5.3.1– Entende-se por garantia para os fins que se destina este Edital, aquela destinada a remover falhas ou qualquer defeito de fabricação apresentados pelo produto, compreendendo a substituição do produto e demais correções necessárias.

5.3.2 – Os chamados relativos à garantia serão feitos pelo Contratante, por escrito, por correio eletrônico ou por telefone, obrigando-se a empresa a atendê-la no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas e, caso tenha que substituir o produto, deverá ser trocado por outro de igual especificação em até 72 (setenta e duas) horas, em perfeitas condições de uso e sob as mesmas condições contratuais.

5.4 – Os medicamentos deverão ser entregues com validade mínima de 12 (doze) meses impreterivelmente.

## **6 - RESPONSABILIDADES DO CONTRATADO**

São responsabilidades do Fornecedor:

6.1 – Fornecer o objeto deste Termo de Referência, atendendo os requisitos e observadas às normas constantes deste instrumento e seu Anexo I;

6.2 – Assumir os ônus e responsabilidades pelo recolhimento de todos os tributos federais, estaduais e municipais que incidam ou venham a incidir sobre o objeto deste Termo;

6.3 – Cumprir todas as cláusulas contratuais que definam suas obrigações;

6.4 – Responsabilizar-se pela(s) garantia(s) do(s) produto(s), objeto da Licitação, dentro dos padrões de certificação de qualidade, segurança, durabilidade e desempenho, conforme previsto na legislação em vigor;

6.5 – Utilizar, durante as garantias, somente materiais que tenham padrões de qualidade iguais ou superiores aos materiais utilizados na fabricação dos produtos;



ESTADO DO PARÁ

**Prefeitura Municipal de São Domingos do Capim**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**C.N.P.J. 13.885.840/0001-20**



6.6 – Arcar com todas as despesas, diretas ou indiretas, decorrentes do cumprimento das obrigações assumidas, inclusive aquelas com deslocamentos, enquanto perdurar a vigência da garantia oferecida pela contratada ou fabricante.

6.7 – Prestar todos os esclarecimentos que forem solicitados pela Secretaria Municipal de Saúde durante a vigência da garantia.

**7 – RESPONSABILIDADE DA CONTRATANTE**

São responsabilidades da Secretaria Municipal de Saúde:

7.1 – Proporcionar todas as facilidades para que o fornecedor possa cumprir suas obrigações dentro das condições estabelecidas no Edital;

7.2 – Rejeitar os produtos cujas especificações não atendam, em qualquer dos itens, aos requisitos mínimos constantes do Anexo I deste Termo de Referência;

7.3 – Efetuar o(s) pagamento(s) da(s) Nota(s) Fiscal (ais)/Fatura(s) da contratada, após a efetiva entrega dos produtos, observando, ainda, as condições estabelecidas no Edital;

7.4 – Designar comissão ou servidor para proceder à avaliação de cada um dos itens que compõem o objeto deste Termo;

7.5 – Notificar a empresa, por escrito, sobre falhas ou irregularidades constantes de cada um dos itens que compõem o objeto deste Termo de Referência, para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias;

7.6 – Prestar todas as informações e/ou esclarecimentos que venham a ser solicitados pelos técnicos da contratada.

**8 – PROCEDIMENTOS DE FISCALIZAÇÃO**

8.1 – Caberá ao servidor designado rejeitar, totalmente ou em parte, qualquer produto que não atenda as especificações contida no edital e seus anexos.

8.2 – A presença da fiscalização da Contratante não omite nem diminui a responsabilidade da empresa contratada.

**9 - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

As despesas oriundas do presente contrato correrão por conta da dotação orçamentária exercício 2019 atividade 10.303.0008 2.062 - Gestão do Programa de Assistência Farmacêutica Básica, classificação econômica 33.90.30.00 material de consumo, subelemento 33.90.30.09 valor de R\$...

**10- DAS SANÇÕES APLICÁVEIS AO LICITANTE**

10.1 – Pela inexecução total ou parcial do objeto deste Processo Licitatório, a Secretaria Municipal de Saúde poderá, garantida a prévia defesa, aplicar aos licitantes vencedores as seguintes sanções:

10.1.1 – Advertência;







ESTADO DO PARÁ

Prefeitura Municipal de São Domingos do Capim  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
C.N.P.J. 13.885.840/0001-20



10.1.2 – Multa moratória no percentual correspondente a xxx % (xxxx por cento) por dia de atraso, observado o limite de 15 (quinze) dias corridos.

10.1.2.1 – A multa moratória será aplicada a partir do 1º dia útil da inadimplência, contado da data definida para o regular cumprimento da obrigação;

10.1.3 – Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor do bem não entregue, no caso de inexecução total ou parcial do objeto contratado, recolhida no prazo de 15 (quinze) dias corridos, contado da comunicação oficial, sem embargo de indenização dos prejuízos porventura causados a Secretaria Municipal de Saúde pela não execução parcial ou total do contrato;

10.1.4 - Decorridos 30 (trinta) dias sem que a Contratada tenha cumprido com a obrigação assumida estará caracterizada a inexecução contratual, ensejando sua rescisão.

10.2 – Ficará impedida de licitar e de contratar com a Administração Pública, pelo prazo de até 05 (cinco) anos, garantido o direito prévio da citação e de ampla defesa, enquanto perdurar os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, a licitante que convocada dentro do prazo de validade da sua proposta, não celebrar o contrato, deixar de entregar a documentação exigida para o certame ou apresentar documentação falsa, ensejar o retardamento da execução do objeto, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal;

10.3 – As sanções previstas nos subitens 9.1.1 e 9.2 deste item poderão ser aplicadas juntamente com as dos subitens 9.1.2 e 9.1.3, garantida a defesa prévia do interessado, no respectivo processo, no prazo de 05 (cinco) dias úteis.

10.4 – As penalidades serão obrigatoriamente registradas no (SICAF???) e, no caso de suspensão de licitar, o licitante deverá ser descredenciado por igual período, sem prejuízo das multas previstas no Edital e das demais cominações legais.



ESTADO DO PARÁ

Prefeitura Municipal de São Domingos do Capim  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
C.N.P.J. 13.885.840/0001-20



ANEXO I

MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL (PORTARIA 344/1998)

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANT.
1	AMANTADINA 100MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	720 ✓
2	BIPERIDENO (LACTATO) 5MG/ML SOL. INJ. ✓	AMPOLA 1ML	300 ✓
3	CARBAMAZEPINA 20 MG/ML SUSPENSÃO ORAL -	FRASCO 100ML	1.000 -
4	CARBAMAZEPINA 200 MG COMPRIMIDO ✕	COMPRIMIDO	200.000 ✓
5	CARBONATO DE LÍCIO 300 MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	70.000 ✓
6	CITRATO DE FENTANILA SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,05 MG/ML ✓	AMPOLA 2ML	500 ✓
7	CLONAZEPAM 2,5 MG/ML SOLUÇÃO ORAL ✓	FRASCO 20 ML	2.000 ✓
8	CLONAZEPAM 2MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	20.000 ✓
9	CLORIDRATO DE AMITRIPTILINA 25 MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	100.000 ✓
10	CLORIDRATO DE BIPERIDENO 2 MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	80.000 ✓
11	CLORIDRATO DE CETAMINA 50MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL ✓	FRASCO AMPOLA 10ML	500 ✓
12	CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 100 MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	20.000 ✓
13	CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 25 MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	30.000 ✓
14	CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 5MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL ✓	AMPOLA 5ML	300 -
15	CLORIDRATO DE FLUOXETINA 20 MG CÁPSULA -	CÁPSULA	75.000 -
16	CLORIDRATO DE IMIPRAMINA 25MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	15.000 ✓
17	CLORIDRATO DE LEVOMEPRIMAZINA 100 MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	20.000 ✓
18	CLORIDRATO DE LEVOMEPRIMAZINA 25 MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	20.000 ✓
19	CLORIDRATO DE NORTRIPTILINA 10MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	5.000 ✓
20	CLORIDRATO DE NORTRIPTILINA 25MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	5.000 ✓
21	CLORIDRATO DE NORTRIPTILINA 50MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	5.000 ✓
22	CLORIDRATO DE NORTRIPTILINA 75MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	5.000 ✓
23	✕ CLORIDRATO DE PAROXETINA 20MG MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	15.000 ✓
24	CLORIDRATO DE PETIDINA 50MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL ✓	AMPOLA 2ML	500 ✓
25	CLORIDRATO DE SERTRALINA 50MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	5.000 ✓
26	CLORIDRATO DE TRAMADOL 50MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL ✓	AMPOLA 2ML	2.500 ✓
27	DECANOATO DE HALOPERIDOL 50MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL ✓	AMPOLA 1ML	800 ✓
28	DIAZEPAM 10 MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	40.000 ✓
29	DIAZEPAM 5 MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	40.000 ✓
30	DIAZEPAM 5MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL ✓	AMPOLA 2ML	1.000 ✓
31	FENITOÍNA 50MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL ✓	AMPOLA 5ML	500 ✓
32	FENITOÍNA SÓDICA 100 MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	50.000 ✓
33	FENOBARBITAL 100 MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	200.000 ✓
34	FENOBARBITAL 40 MG/ML SOLUÇÃO ORAL ✓	FRASCO 20ML	2.000 ✓
35	FENOBARBITAL SÓDICO 100MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL ✓	AMPOLA 1ML	500 ✓
36	HALOPERIDOL 2MG/ML SOLUÇÃO ORAL ✓	FRASCO 20ML	2.000 ✓
37	HALOPERIDOL 1 MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	40.000 ✓
38	HALOPERIDOL 5 MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	70.000 ✓

Sexta Rua, s/n, ALTOS SUPERMERCADO MARCOS - CENTRO  
CEP. 68635-000 – São Domingos do Capim – Pará  
E-mail: [secsaudesdc@gmail.com](mailto:secsaudesdc@gmail.com)





ESTADO DO PARÁ

Prefeitura Municipal de São Domingos do Capim  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
C.N.P.J. 13.885.840/0001-20



39	HALOPERIDOL 5MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL ✓	AMPOLA 1ML	200 ✓
40	LEVETIRACETAM 100MG/ML SUSPENSÃO ✓	FRASCO 150ML	80 ✓
41	MIDAZOLAM 5MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL ✓	AMPOLA 10ML	350 ✓
42	MORFINA (SULFATO) 1MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL ✓	AMPOLA 2ML	500 ✓
43	OXCARBAZEPINA 300MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	5.000 ✓
44	OXCARBAZEPINA 600MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	3.000 ✓
45	OXCARBAZEPINA 60MG/ML SUSPENSÃO ORAL ✓	FRASCO 100ML	75 ✓
46	PRAMIPEXOL (DICLORIDRATO) 1MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	720 ✓
47	RISPERIDONA 1MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	20.000 ✓
48	RISPERIDONA 2MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	30.000 ✓
49	RISPERIDONA 3MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO	15.000 ✓
50	VALPROATO DE SÓDIO/ÁCIDO VALPRÓICO 50 MG/ML XAROPE ✓	FRASCO 100ML	800 ✓
51	VALPROATO DE SÓDIO/ÁCIDO VALPRÓICO 250 MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO OU CÁPSULA	10.000 ✓
52	VALPROATO DE SÓDIO/ÁCIDO VALPRÓICO 500 MG COMPRIMIDO ✓	COMPRIMIDO OU CÁPSULA	20.000 ✓

81 *Donaldo Cergueni*

SUZELY OLIVEIRA REIS

Secretária Municipal de Saúde - SDC/PA