



PM - FOLHA Nº	152
PROCESSO	201901010
MODALIDADE	PP
VISTO:	S

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**  
**ESTADO DO MARANHÃO**  
**PRAÇA BERNARDO COELHO DE ALMEIDA Nº 862 – CENTRO – SÃO BERNARDO/MA**  
**CNPJ: 06.125.389/0001-88**

**ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA**

1.1 – Registro de Preços para futura e eventual Contratação, de empresa para fornecimento parcelado de Medicamentos, material hospitalar, material de laboratório e odontológico que serão utilizados para distribuição gratuita na Farmácia Básica Municipal, Postos de Saúde/ Unidades de Saúde da família, pertencentes a este Município, conforme disposições deste Edital e Especificações constantes no Anexo I – Termo de Referência.

**2 – JUSTIFICATIVA:**

– Tendo em vista às necessidades da Secretaria solicitantes do objeto deste edital, se faz necessário a aquisição de Medicamentos, material hospitalar, material de laboratório e odontológico que serão utilizados para distribuição gratuita na Farmácia Básica Municipal, Postos de Saúde/ Unidades de Saúde da família, pertencentes a este Município, para promover o bem estar da comunidade assistida, pois com o desenvolvimento de suas atividades na promoção de saúde pública objetiva uma melhor qualidade de vida aos seus munícipes e possibilitando o acesso da população a medicamentos de caráter essencial.

**3 – DAS OBRIGAÇÕES DA EMPRESA VENCEDORA**

- 3.1. Ofertar medicamentos de primeira qualidade.
- 3.2. Efetuar a entrega total do(s) material(is) no prazo máximo de 10 (dez) dias, contados a partir do recebimento da Autorização de Fornecimento (AF) expedida pela Seção de Licitações.
- 3.3. O medicamento a ser fornecido pela licitante vencedora deve apresentar em sua embalagem secundária e/ou primária a expressão “PROIBIDO A VENDA NO COMÉRCIO”.
- 3.4. A empresa vencedora além das demais responsabilidades previstas neste instrumento convocatório e seus anexos obrigar-se-á a organizar-se técnica e administrativamente de modo a cumprir com eficiência o exposto nesta licitação.
- 3.5. Comunicar às unidades requisitantes, de imediato, eventuais motivos que impossibilitem o cumprimento das obrigações constantes neste edital.
- 3.6. Reparar, corrigir, remover, as suas expensas, no todo em parte o(s) produto(s) em que se verifique danos em decorrência do transporte, bem como, providenciar a substituição dos mesmos, no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas, contadas da notificação que lhe for entregue oficialmente.
- 3.7. Todas as despesas diretas, indiretas, benefícios, encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da aquisição, tributos, sem qualquer exceção, que incidirem sobre a presente aquisição, encargos sociais, fiscais e o que mais de direito, correrão por conta exclusiva da empresa vencedora, e deverão ser pagos nas épocas devidas, não havendo, em hipótese alguma falar-se em responsabilidade solidária ou subsidiária do Município.
- 3.8. A licitante vencedora responsabilizar-se-á civil e criminalmente por todo e qualquer dano causado ao Município ou a terceiros, decorrentes de qualquer impropriedade do medicamento, desde a sua produção até sua efetiva entrega na Secretaria Municipal da Saúde, não restando qualquer responsabilidade ao Município, sequer subsidiária.
- 3.9. Despesas com frete e descarregamento correrão por conta e risco da empresa vencedora.
- 3.10. A mercadoria deverá ser transportada em veículo apropriado em cumprimento das leis vigentes.
- 3.11. A licitante vencedora deverá apresentar certificado de procedência dos produtos, lote a lote, certificado este que deverá acompanhar os medicamentos quando da entrega à Administração.
- 3.12. O prazo de validade da proposta não poderá ser inferior a 60 (sessenta) dias, contados da data da abertura da Sessão Pública, suspendendo-se este prazo na hipótese de interposição de recurso administrativo ou judicial.
- 3.13. Não serão aceitos, em nenhuma hipótese, produto(s) que não atenda(m) as especificações contidas no Termo de Referência.

**4 – DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO**

- 4.1. Comunicar a empresa vencedora toda e qualquer ocorrência relacionada com a aquisição do(s) material (is).



PM - FOLHA Nº	153
PROCESSO	201901010
MODALIDADE	PP
VISTO:	

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**  
**ESTADO DO MARANHÃO**  
**PRAÇA BERNARDO COELHO DE ALMEIDA Nº 862 – CENTRO – SÃO BERNARDO/MA**  
**CNPJ: 06.125.389/0001-88**

4.2. Efetuar o pagamento à(s) empresa(s) vencedora(s) no prazo estipulado neste edital.

4.3. Inspeccionar o(s) medicamento(s) quando da entrega, podendo recusá-lo(s) ou solicitar sua(s) substituição(ões), e ainda, se reserva ao direito de revogar, anular, adquirir no todo ou em parte, rejeitar todas as propostas, desde que justificadamente haja conveniência administrativa e por razões de interesse público.

4.4. Rejeitar, no todo ou em parte, os itens que a(s) empresa(s) vencedora(s) entregar(em) fora das especificações do Edital.

**5 - DA VALIDADE DOS MEDICAMENTOS**

5.1. A validade do medicamento deverá ser de, no mínimo, de 02 (dois) anos a partir da data de entrega.

**6 - DO LOCAL DE ENTREGA DOS MATERIAIS**

6.1. Local de entrega: Rod. 345 – KM 04 - Abreu- São Bernardo/MA - Secretaria Municipal da Saúde, em dia útil e horário de funcionamento da unidade administrativa.

**7 - DA FORMA DE PAGAMENTO ALTERAÇÕES**

7.1. O pagamento será efetuado 14 (quatorze) dias após a entrega do(s) produto(s) e apresentação da respectiva Nota Fiscal, devidamente assinada por um agente da Secretaria Municipal da Saúde.

7.2. Em caso de atraso por parte da Administração no pagamento da fatura, ficará esta sujeita à atualização monetária com base no IPC/FIPE pro rata die, desde a data da obrigação até sua efetiva quitação.

**8- FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:**

3.1 - A contratação, objeto deste Termo de Referência, tem amparo legal, integralmente, na Lei Federal nº 10.520 subsidiada pela Lei Federal nº 8666/93 e suas alterações, Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006 alterada pela Lei Complementar nº 147 de 07 de agosto de 2014.

**9 PLANILHA ORÇAMENTÁRIA ESTIMATIVA DA ADMINISTRAÇÃO. CUSTOS UNITÁRIOS E GLOBAL MÁXIMOS ACEITÁVEIS:**

**PLANILHA ORÇAMENTÁRIA**

ITEM	DESCRIÇÃO	UND	QUANT	V. UNIT	V. TOTAL
1	A.A.S 100MG	CPR	100.000	0,06	6.000,00
2	A.A.S 500MG	CPR	40.000	0,38	15.200,00
3	ACICLOVIR 200MG	CPR	3.500	0,78	2.730,00
4	ACIDO FÓLICO CPR 5MG	CPR	200.000	0,09	18.000,00
5	ALBENDAZOL CPR 400MG	CPR	25.000	0,89	22.250,00
6	ALBENDAZOL SUSP 10ML	FR	4.000	3,22	12.880,00
7	AMBROXOL AD. XPE	FR	3.000	4,35	13.050,00
8	AMBROXOL PED. XPE	FR	3.000	4,35	13.050,00
9	AMOXICILINA 500MG.CPR	CPR	40.000	0,35	14.000,00
10	AMOXICILINA SUSP. 250ML/5ML 60ML	FR	3.000	8,99	26.970,00
11	AMPICILINA 500MG CPR	CPR	25.000	1,18	29.500,00
12	AMPICILINA SUSP. 250MG 60ML	FR	1200	8,86	10.632,00
13	AZITROMICINA 500MG CPR	CPR	10.000	1,40	14.000,00



PM - FOLHA Nº 154  
PROCESSO 201901010  
MODALIDADE PP  
VISTO: \_\_\_\_\_

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**  
**ESTADO DO MARANHÃO**  
**PRAÇA BERNARDO COELHO DE ALMEIDA Nº 862 – CENTRO – SÃO BERNARDO/MA**  
**CNPJ: 06.125.389/0001-88**

14	ATROVENTE GOTAS P/INALAÇÃO	FR	1000	2,82	2.820,00
15	ATENOLOL 50 MG	CPR	80.000	0,09	7.200,00
16	AZITROMICINA SUSPENSAO ORAL 600 MG	FR	2.000	12,59	25.180,00
17	BENZOATO DE BENZILA 25% SOL. 0,25	FR	500	6,71	3.355,00
18	BEROTEC GOTAS	FR	300	8,86	2.658,00
19	CAPTOPRIL 25 MG	CPR	500.000	0,06	30.000,00
20	CEFALEXINA 500MG	CPR	25.000	1,00	25.000,00
21	CEFALEXINA SUSP. 250MG/5ML 60ML	FR	2.000	20,13	40.260,00
22	CETOCONAZOL CPR 200MG	CPR	25.000	0,35	8.750,00
23	CETOCONAZOL POMADA 30G	TB	1000	5,35	5.350,00
24	CICLO 21 CPR	CPR	1.000	0,67	670,00
25	CIMETIDINA 200MG	CPR	30.000	0,30	9.000,00
26	CINARIZINA 75MG CPR	CPR	6.000	0,30	1.800,00
27	CIPROFLOXACINO 500MG CPR	CPR	10.000	0,65	6.500,00
28	COMPLEXO B DRG	DRG	6.000	0,11	660,00
29	COMPLEXO B XPE 100ML	FR	3.000	4,89	14.670,00
30	DEXAMETASONA CREME 0,1% 10G	TB	3.000	2,42	7.260,00
31	DEXCLOFENIRAMINA 2MG CPR	CPR	3.500	0,17	595,00
32	DEXCLOFENIRAMINA XPE VD. C/100 ML	FR	3.000	2,36	7.080,00
33	DICLOFENACO POTASSICO 50 MG	CPR	20.000	0,17	3.400,00
34	DICLOFENACO RESINATO, 20ML GOTAS	FR	1200	7,60	9.120,00
35	DICLOFENACO SÓDICO 50MG CPR	CPR	30.000	1,05	31.500,00
36	DIGOXINA CPR 0,25MG	CPR	10.000	0,14	1.400,00
37	DIMETICONA GOTAS 75MG/ML FRASCO C/ 10ML	FR	1300	1,61	2.093,00
38	DIPIRONA GTS 10ML FRA	FR	4.000	1,96	7.840,00
39	DIPIRONA SODICA, 500MG	CPR	15.000	0,22	3.300,00
40	ENALAPRIL 10MG	CPR	80.000	0,09	7.200,00
41	ENALAPRIL 5MG	CPR	80.000	0,14	11.200,00
42	ERITROMICINA 125MG/ML - SUSP	FR	1000	12,34	12.340,00
43	ESPIROLACTONA 25MG	COMP	2.000	0,46	920,00
44	ETINILESTRADIOL+LEVONORGESTREL 0,03MG+0,15MG	CPR	8.000	0,67	5.360,00
45	FUROSEMIDA 40 MG	CPR	100.000	0,06	6.000,00
46	FLUCONAZOL 150MG CPR	CPR	10.000	0,86	8.600,00