

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTO ANTONIO DO SUDOESTE**

ESTADO DO PARANÁ

Rua Santos Dumont, S/N-centro- CEP 85.710-000

CNPJ 09.263.736/0001-27

E-mail: [adm.saude@pmsas.pr.gov.br](mailto:adm.saude@pmsas.pr.gov.br) - Telefone: (46) 3563-8002**Solicitação de Serviço****1. DESCRIÇÃO DO OBJETO:**

1.1 A presente solicitação tem por objeto a futura e eventual Aquisição de medicamentos para a Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde, conforme quantidades, especificações, exigências e condições estabelecidas neste documento.

**1.2 Detalhamento do Objeto**

Item	Código do produto/	Nome do produto/serviço	Quantidade	Unidade	Valor unit R\$	Total R\$
1		Venlafaxina 75 MG	6.000	COMPRI MIDO	0,715	4.290,00
2		Venlafaxina 150 MG	6.000	COMPRI MIDO	1,245	7.470,00
					<b>R\$</b>	11.760,00

**2. JUSTIFICATIVA/MOTIVAÇÃO DO ATO**

Justifica-se a aquisição de medicamentos e insumos, para atender a demanda das Unidades de Saúde do Município, sendo: 09 (nove) Unidades Básicas de Saúde, 01 (uma) Unidade de Pronto Atendimento Estendido, 01 (uma) Unidade de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).

Justifica-se ainda que, os medicamentos citados deram “deserto” no último Pregão e atualmente estamos desabastecidos com os mesmos, sendo estes de suma importância para a continuidade aos tratamentos prescritos aos pacientes.

Ponderamos que a falta de medicamentos essenciais à saúde pública municipal representa eminente risco à saúde da população. Tal situação impõe, ao gestor público, o dever de agir com rapidez e celeridade, para suprir tais necessidades e principalmente atender ao disposto no texto constitucional, conforme se depreende da leitura do art. 196, Constituição Federal.

Embora um novo Pregão esteja em andamento, sabemos que o processo demanda tempo. Sendo assim, salientamos a necessidade de agilizarmos a aquisição mesmo que por tempo determinado, até que o novo processo conclua-se.

**3. FISCALIZAÇÃO DA CONTRATAÇÃO**

3.1 O recebimento dos serviços, fiscalização e acompanhamento da execução do contrato será efetuado pelo servidor abaixo indicado, a fim de verificar a conformidade dele com as especificações técnicas dispostas no mesmo.

**Nome do Servidor: MATEUS MILANI KUHN****E-mail: [farmacia.saude@pmsas.pr.gov.br](mailto:farmacia.saude@pmsas.pr.gov.br)****Telefone: 46 3563 8002**



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTO ANTONIO DO SUDOESTE

ESTADO DO PARANÁ

Rua Santos Dumont, S/N –centro– CEP 85.710-000

CNPJ 09.263.736/0001-27

E-mail: [adm.saude@pmsas.pr.gov.br](mailto:adm.saude@pmsas.pr.gov.br) – Telefone: (46) 3563-8002

3.2 A fiscalização de que trata este item não exclui nem reduz a responsabilidade do fornecedor, ainda que resultem de condições técnicas, vícios redibitórios ou emprego de material inadequado ou de qualidade inferior, e na ocorrência desta, não implica na responsabilidade da administração e de seus agentes e prepostos.

### 4. DOCUMENTAÇÃO TÉCNICA

#### 4.1 DOCUMENTOS TÉCNICOS DA EMPRESA PARA HABILITAÇÃO:

- **Autorização de Funcionamento**, expedida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, de acordo com a Lei Federal nº 6.360/1976.
- **Alvará de Licença atualizado**, expedido pela Vigilância Sanitária Estadual ou Municipal da sede da licitante, de acordo com o Código Sanitário e legislação complementar.
- **Certidão de Regularidade Técnica** da empresa participante, atualizado, emitida pelo Conselho Regional de Farmácia do estado em que a empresa participante possui sede, **quando aplicável**.
- **Atestado de Capacidade Técnica** fornecidos por pessoa jurídica de direito público ou privado, que comprove que a empresa já prestou ou presta serviços idênticos ou similares aos do objeto da presente licitação, de maneira satisfatória e nos prazos estabelecidos, **quando aplicável**.

#### 4.2 DOCUMENTOS TÉCNICOS PARA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA:

- **Cópia da Autorização de Funcionamento - AFE**, pertinente ao objeto licitado, contendo o número de Registro do Ministério da Saúde ou cópia do Diário Oficial da União, expedida pela ANVISA, legível, devendo ser destacada a informação referente à empresa, conforme artigo 2º da Lei Federal nº 6.360/76 e artigo 3º da Resolução RCD nº 16/2014, **quando aplicável**.
- **Autorização Especial - AE**, expedida pela ANVISA, quando se tratar de medicamentos sujeitos a controle especial, conforme dispõe o artigo 4º da Resolução RDC nº 16/2014, **quando aplicável**.
- **Cópia do Certificado de Registro do medicamento** cotado **ou** cópia da publicação no Diário Oficial da União, vigente, emitido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde – ANVISA, em atendimento ao artigo 5º, inciso IV da Portaria nº 2.814/98, e demais legislações vigentes pertinentes a matéria, **dos itens ganhos**.

### 5. ORÇAMENTO ESTIMADO – COMPOSIÇÃO DOS PREÇOS

5.1. A cobertura das despesas necessárias à aquisição dos produtos correrá à conta dos recursos específicos consignados a Secretaria Municipal de Saúde, constantes no Orçamento Geral do Município e ainda possível a utilização de recursos de receita livre, que estarão detalhados no Parecer Contábil do processo licitatório.

5.2. O valor estimado (global) da presente contratação é de R\$ **11.760,00 (ONZE MIL, SETECENTOS E SESSENTA REAIS)**.

5.3. Os valores estimados supracitados não implicam em previsão de crédito em favor da contratada, que somente fará jus aos valores após a prestação dos serviços.





**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTO ANTONIO DO SUDOESTE**

ESTADO DO PARANÁ

Rua Santos Dumont, S/N –centro– CEP 85.710-000

CNPJ 09.263.736/0001-27

E-mail: [adm.saude@pmsas.pr.gov.br](mailto:adm.saude@pmsas.pr.gov.br) – Telefone: (46) 3563-8002

## **6. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS PERTINENTES**

Não se aplica.

## **7. OBSERVAÇÕES E OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

7.1 Os medicamentos que os laboratórios fabricarem em embalagens hospitalares fracionadas deverão ser entregues fracionados individualmente por unidade e conforme as normas vigentes.

7.2 Os produtos deverão estar em conformidade com as normas vigentes. Na entrega serão verificados os prazos de validade, **os quais deverão ser entregues com no mínimo 80% (oitenta por cento) da validade total** e o estado de conservação das embalagens.

7.3 A contratada deverá entregar, durante toda a vigência do contrato, a mesma marca dos produtos apresentados na proposta.

7.4 A contratada ficará obrigada a trocar, a suas expensas, a mercadoria que vier a ser recusada, sendo que o ato do recebimento não importará na aceitação. Prazo de troca: 05 (cinco) dias úteis.

7.5 A contratada deverá responsabilizar-se e arcar por quaisquer taxas ou emolumentos concernentes ao objeto da presente licitação, bem como demais custos, encargos inerentes e necessários para a completa execução das obrigações assumidas.

7.6 Os bens ou serviços deverão ser entregues ou prestados no **prazo máximo de 07 (sete) dias**, de forma **PARCELADA**, após o recebimento da nota de empenho, seguindo rigorosamente as quantidades solicitadas na respectiva nota de empenho.

7.7 As entregas de bens será na Farmácia Central de Saúde, no endereço Rua Santos Dumont, S/N, Centro, neste município de Santo Antonio do Sudoeste-PR, no horário das 07h30 às 11h00 e das 13h00 às 16h30. Sendo que não serão recebidos fora dos horários estabelecidos.

7.8 As Notas Fiscais de Bens e/ou de Prestação de Serviços, deverão ser emitidas em nome do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, CNPJ 09.263.736/0001-27, RUA SANTOS DUMONT, 677, CENTRO, SANTO ANTONIO DO SUDOESTE – PR, CEP: 85.710-000.**

7.9 A contratada deverá manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

## **8. ANEXOS**

8.1 Em anexo estão os documentos necessários para subsidiarem o processo licitatório para contratação dos referidos serviços.

8.2 Pesquisa de mercado (cotações em anexo);

## **9. GESTÃO E AUTORIZAÇÃO**

Estou ciente que fui indicado como **FISCAL** responsável pelos contratos oriundos deste presente Termo de Referência.



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTO ANTONIO DO SUDOESTE**

ESTADO DO PARANÁ

Rua Santos Dumont, S/N-centro- CEP 85.710-000

CNPJ 09.263.736/0001-27

E-mail: [adm.saude@pmsas.pr.gov.br](mailto:adm.saude@pmsas.pr.gov.br) - Telefone: (46) 3563-8002

Mateus M. Kuhn  
Farmacêutico - Bioquímico  
CRE-PR 18054

**MATEUS MILANI KUHN**

**CPF: 007.755.979-70**

Este Termo de Referência é exclusivo da Secretaria de Saúde. Saliento que são de nossa total **RESPONSABILIDADE**, todas as informações fornecidas, tais como descritivo técnico e justificativa da real necessidade da aquisição dos itens mencionados, bem como a realização e conferência dos orçamentos. No qual as mesmas serão dispostas ao Departamento de Licitações para realização de processo licitatório.

Santo Antonio do Sudoeste, Estado do Paraná – 11 de Abril de 2023.

CAMILA REGINA  
RODRIGUES:05211  
357965

Assinado de forma digital por  
CAMILA REGINA  
RODRIGUES:05211357965  
Dados: 2023.04.12 07:31:58  
+3102

**CAMILA REGINA RODRIGUES**  
**Secretária Municipal de Saúde**

Evandro M. de Santi

**EVANDRO MARCOS DE SANTI**  
**Responsável pelo Termo de Referência**