



**Prefeitura Municipal de Araçatuba**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

E-mail: [dae.saude@aracatuba.sp.gov.br](mailto:dae.saude@aracatuba.sp.gov.br)

**TERMO DE REFERÊNCIA PARA AQUISIÇÃO EMERGENCIAL DE  
MEDICAMENTO**

O objeto do presente termo é a contratação de empresa para fornecimento do medicamento Piridoxina 50mg cápsula conforme **DFD 2672/2024** e exigências técnicas deste termo.

**1- ESPECIFICAÇÕES DA QUANTIDADE UTILIZADA MENSALMENTE PARA  
CÁLCULOS E CUSTOS**

O medicamento Piridoxina faz parte da RENAME constando no ANEXO II – Relação Nacional de Medicamentos do **Componente Estratégico** da Assistência Farmacêutica, padronizado na dose de 100mg comprimido, para uso no tratamento e prevenção de neuropatia periférica em pacientes que estão realizando tratamento de Tuberculose. O medicamento Rifampicina, utilizado na maioria dos tratamentos de Tuberculose, pode causar como efeito colateral a neuropatia periférica. Devido a dor desta condição muitos pacientes abandonam o tratamento da Tuberculose.

A piridoxina 100mg comprimido é adquirida pelo Ministério da Saúde e repassada aos Estados e Municípios, porém nem sempre está disponível.

Em reunião da Comissão de Farmácia e Terapêutica da SMS municipal decidiu-se em favor da padronização da Piridoxina de 50mg para utilização profilática, em todos os pacientes em tratamento da Tuberculose, a fim de reduzir as taxas de abandono.

Quantidade solicitada para o tratamento de 03 meses, considerando-se que temos 55 pacientes em tratamento atualmente e cada um consome 30 cápsulas/mês.

MEDICAMENTO	QUANT./MÊS
FÓRMULA MANIPULADA: PIRIDOXINA 50MG QSP PARA 1 CÁPSULA.	55x30x3
<b>TOTAL PARA 3 MESES:</b>	<b>4.950</b>

**2 - ESTIMATIVA PRELIMINAR DO VALOR DA CONTRATAÇÃO:**

Conforme compra realizada em farmácia de manipulação para atendimento emergencial obtivemos orçamento de R\$ 36,00 cada 30 cápsulas. Portanto, para essa aquisição estima-se **valor total de R\$ 5.940,00.**

**3- REGIME DE EXECUÇÃO, ENTREGA E RECEBIMENTO**

2.1 A proposta deverá ter no mínimo 30 dias conforme legislação vigente.

- 2.2 A solicitação foi elaborada para atendimento de 3 meses para cada paciente.
- 2.3 O medicamento deverá ser manipulado **a cada prescrição que for encaminhada** à farmácia de manipulação, contendo no rótulo do medicamento o **nome do paciente e do prescritor**. Deverá conter também a identificação do nº do lote, data de fabricação e data de validade e quantidade de cápsulas.
- 2.4 Para cada prescrição encaminhada, a farmácia deverá manipular a quantidade solicitada na prescrição, ou seja, se o paciente utilizar uma cápsula ao dia deverão ser manipuladas 90 cápsulas, se o paciente utilizar 2 cápsulas ao dia deverão ser manipuladas 180 cápsulas. Essas quantidades serão abatidas do total do empenho conforme a emissão da nota fiscal.
- 2.5 A farmácia de manipulação deverá entregar a Nota Fiscal Danfe junto com a medicação e no campo de observação da Danfe deve constar o número do empenho.
- 2.6 **Local de entrega da mercadoria:** CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO, Rua: Coelho Neto, 1999, Vila Nova - Araçatuba – SP.
- 2.7 A farmácia de manipulação deverá estabelecer mecanismos para garantir condições gerais e a manutenção da qualidade do medicamento e o seu adequado armazenamento até a efetiva entrega.
- 2.8 O ato de recebimento dos medicamentos não importa em aceitação. A Secretaria de Saúde poderá recusá-los no momento em que constatar irregularidades, especificações incorretas ou estejam contrariando os padrões determinados pela legislação oficial vigente.

### **3- DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA/ CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR deverá apresentar junto à cotação do produto (proposta):**

A empresa que fornecerá o medicamento deverá apresentar:

- 3.1 Cópia da Autorização de Funcionamento emitido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (ANVISA/MS), em plena validade.
- 3.2 Cópia do Alvará de Funcionamento expedido pelo órgão da Vigilância Sanitária Municipal da sede da Distribuidora para exercer atividades de comercialização e venda de medicamentos.
- 3.3 Cópia do Certificado de responsabilidade técnica (CRT) junto ao Conselho Regional de Farmácia.



## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: C72C-5CC8-A0AF-7E17

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ MONICA PAGANI CANALIS (CPF 181.XXX.XXX-57) em 06/12/2024 11:04:51 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ PAULA ROBERTA PEDRUCI LEME (CPF 218.XXX.XXX-00) em 06/12/2024 11:07:02 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ CARMEM SILVIA GUARIENTE (CPF 066.XXX.XXX-19) em 06/12/2024 12:02:12 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://aracatuba.1doc.com.br/verificacao/C72C-5CC8-A0AF-7E17>