



Prefeitura Municipal de Araçatuba

CNPJ: 45.511.847/0001-79

Telefone: (18)3607-6500

Endereço: Rua Coelho Neto, 73, Vila São Paulo, Araçatuba - SP, 16.015-920

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA - DFD

Pedido: 2680/2024

Data do Pedido: 11/12/2024

Local de Entrega: Central de Abastecimento Farmacêutico

Endereço: Rua Coelho Neto, 1999, Vila Nova, Araçatuba - SP, 16.025-978

Dotação: 1214 - 02.20.02 | 10 | 302 | 0033 | 2.109 | 05 | 3.3.90.30.01

Item	Descrição	Unidade	Quantidade
1	7912 - SULFADIAZINA 500 MG COMPRIMIDO	COMP	5.000,0000
Características: SULFADIAZINA 500 MG COMPRIMIDO			

ÁREA REQUISITANTE

Unidade: 02.20.02 - DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA

Destino: AMBULATÓRIO DO DST / AIDS

INFORMAÇÕES DO DFD

1 - DESCRIÇÃO SUCINTA DO OBJETO:

O Objeto do presente é a contratação de empresa para fornecimento do medicamento SULFADIAZINA 500MG COMPRIMIDO

2 - NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO:

O medicamento Sulfadiazina 500mg comprimido faz parte do tratamento de toxoplasmose gestacional congênita e adquirida, conforme protocolo do Ministério da Saúde. Está incluído na Rename, Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica. A responsabilidade de sua aquisição é do Ministério, que faz o repasse deste medicamento aos municípios.

No entanto este repasse não está acontecendo com regularidade e muitos pacientes estão tendo seu tratamento interrompido ou não iniciado.

A toxoplasmose não tratada causa problemas de saúde graves na gestante como aborto espontâneo, natimorto ou problemas graves no bebê, como microcefalia, macrocefalia, icterícia e convulsões. Pessoas com baixa imunidade podem apresentar sintomas mais graves, como febre, dor de cabeça, confusão mental, falta de coordenação e convulsões.

A toxoplasmose pode causar deficiências neurológicas e problemas cerebrais, inflamação dos olhos (coriorretinite), que pode resultar em cegueira, complicações musculares, hepatite e pancreatite.

3 - QUANTIDADE E EXPECTATIVA DE CONSUMO:

6 meses

4 - ESTIMATIVA PRELIMINAR DO VALOR DA CONTRATAÇÃO:

R\$ 2.500,00

5 - DECLARAÇÃO DA ORIGEM DO RECURSO:

FONTE 05

Assinado por 3 pessoas: MONICA PAGANI CANALIS, PAULA ROBERTA DE MENEZES e CARMEM SILVIA GUARIENTE
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://aracatuba.1doc.com.br/verificacao/ESF4-594E-0B07-DFC7> e informe o código ESF4-594E-0B07-DFC7





Prefeitura Municipal de Araçatuba

CNPJ: 45.511.847/0001-79

Telefone: (18)3607-6500

Endereço: Rua Coelho Neto, 73, Vila São Paulo, Araçatuba - SP, 16.015-920

6 - DATA PRETENDIDA PARA A CONCLUSÃO DA CONTRATAÇÃO:

16/12/2024

Estávamos aguardando remessa do medicamento pelo Ministério da Saúde, mas não foi entregue. Falta do medicamento no Ministério da Saúde, atraso no recebimento e pacientes sem tratamento. Medicamento fracassado no Pregão anterior. Possível desabastecimento no mercado nacional.

7 - SUGESTÃO PARA CONTRATAÇÃO:

Compra direta.

8 - GRAU DE PRIORIDADE DA COMPRA:

Alta

Estávamos aguardando remessa do medicamento, mas não foi entregue. Falta do medicamento no Ministério da Saúde, atraso no recebimento e pacientes sem tratamento. Medicamento fracassado no Pregão anterior. Possível desabastecimento no mercado nacional.

9 - POSSUI VINCULAÇÃO OU DEPENDÊNCIA COM O OBJETO DE OUTRO DFD:

Não

Não se Aplica

Aracatuba - SP, 11 de Dezembro de 2024.

Assinado por 3 pessoas: MONICA PAGANI CANALIS, PAULA ROBERTA PEDRUCI LEME e CARMEM SILVIA GUARIENTE
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://aracatuba.1doc.com.br/verificacao/E5F4-594E-0B07-DFC7> e informe o código E5F4-594E-0B07-DFC7





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇATUBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADE
RUA FLORIANO PEIXOTO, Nº233 – FONE:3636-1151

TERMO DE REFERÊNCIA

AQUISIÇÃO EMERGENCIAL DE MEDICAMENTO

1. OBJETO

O Objeto do presente termo é a contratação de empresa para fornecimento do medicamento **SULFADIAZINA 500MG COMPRIMIDO (5.000 comprimidos)** para atendimento da rede municipal de saúde conforme especificações abaixo:

2. PRAZO

A solicitação foi elaborada para atendimento dos pacientes por período de 6 meses.

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

3. FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO

O medicamento Sulfadiazina 500mg comprimido faz parte do tratamento de toxoplasmose gestacional, congênita e adquirida, conforme protocolo do Ministério da Saúde. Está incluído na Rename, no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica. A responsabilidade de sua aquisição é do Ministério, que faz o repasse deste medicamento aos municípios.

No entanto este repasse não está acontecendo com regularidade e muitos pacientes estão tendo seu tratamento interrompido ou não iniciado.

A toxoplasmose não tratada causa problemas de saúde graves na gestante como aborto espontâneo, natimorto ou problemas graves no bebê, como microcefalia, macrocefalia, icterícia e convulsões. Pessoas com baixa imunidade podem apresentar sintomas mais graves, como febre, dor de cabeça, confusão mental, falta de coordenação e convulsões.

A toxoplasmose pode causar deficiências neurológicas e problemas cerebrais, inflamação dos olhos (coriorretinite), que pode resultar em cegueira, complicações musculares, hepatite e pancreatite

4. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

Para a aquisição do medicamento de que trata este processo, as empresas fornecedoras, interessadas em contratar com a Administração Municipal, deverão atender a todos os documentos solicitados neste Termo de Referência, conforme legislação vigente que comprovem a Capacidade Técnica e Financeira para a execução do contrato de fornecimento do medicamento; além destes, são exigidos os documentos específicos relacionados ao medicamento solicitado, descritivos detalhado do produto e demais documentações nas Exigências Técnicas..

5. SOLUÇÃO COMO UM TODO

A compra direta é a mais efetiva neste caso de urgência por ser de execução rápida e o valor do produto solicitado estar dentro do teto financeiro permitido.

A compra direta neste momento de falta do medicamento é a solução imediata para atender pacientes que estão sem iniciar o tratamento ou com o tratamento suspenso.

Esta medicação também foi incluída na licitação regular de medicamentos da rede em 2024, onde este item foi deserto e será novamente incluído no ano de 2025.

6. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

- **Local de Entrega:** Central de Abastecimento Farmacêutico, Rua: Coelho Neto, 1999, Araçatuba – SP.

- **Prazo de Entrega:** imediata após recebimento do empenho.

- **Regras de Recebimento:**

6.1 A entrega deverá ser única, na quantidade requerida.

6.2 O prazo de validade dos medicamentos não deverá ser inferior a 12 meses, a contar da data da entrega.

6.3 O contratado deverá estabelecer mecanismos para garantir condições gerais e a manutenção da qualidade do medicamento e o seu adequado armazenamento até a efetiva entrega.

6.4 O medicamento deverá conter externamente em sua embalagem original a identificação do nº do lote, data de fabricação e data de validade, que deverá ser equivalente a 75% da validade total, contados a partir da data de fabricação. No caso de absoluta impossibilidade do cumprimento dessa condição, a contratada deverá solicitar formalmente a autorização para o recebimento, mediante apresentação de Carta de Comprometimento de Troca, em papel timbrado, assinada pelo representante da empresa, que deverá ser enviado por e-mail e caso acatado, também junto à nota fiscal de recebimento.

6.5 Atrasos ocasionados por motivo de força maior ou caso fortuito, desde que justificados até 2 (dois) dias úteis antes do término do prazo de entrega, e aceitos pela contratante, não serão considerados como inadimplemento.

6.6 O medicamento só será recebido se transportado de acordo com as normas adequadas relativas a embalagem, volume, controle de temperatura, etc.

6.7 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.

6.8 A Nota fiscal deverá discriminar o lote e validade de cada quantidade entregue dos medicamentos solicitados.

7. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

A empresa que fornecerá o medicamento, em caráter de excepcionalidade, deverá apresentar junto à cotação do produto (proposta):

- 7.1 Cópia da Autorização de Funcionamento emitido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (ANVISA/MS), em plena validade.
- 7.2 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.
- 7.3 Cópia do Certificado de responsabilidade técnica (CRT) junto ao Conselho Regional de Farmácia.
- 7.4 Registro Sanitário do medicamento expedido pela ANVISA.

9. ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

A estimativa total de preço preliminar deste contrato é de até **R\$ 2.500,00** considerando-se os valores de aquisição em 2022 e 2023.

10. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

O impacto orçamentário-financeiro será adequado após as apresentações das propostas e habilitação do fornecedor vencedor pelo menor preço.



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: E5F4-594E-0B07-DFC7

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

- ✓ MONICA PAGANI CANALIS (CPF 181.XXX.XXX-57) em 11/12/2024 10:51:29 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ PAULA ROBERTA PEDRUCI LEME (CPF 218.XXX.XXX-00) em 11/12/2024 14:03:54 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ CARMEM SILVIA GUARIENTE (CPF 066.XXX.XXX-19) em 11/12/2024 17:16:49 (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/E5F4-594E-0B07-DFC7>