

TERMO DE REFERÊNCIA

AQUISIÇÃO EMERGENCIAL DE MEDICAMENTO

1. OBJETO

O Objeto do presente termo é a contratação de empresa para fornecimento do medicamento ceftriaxona intramuscular 1G pó para solução injetável frasco-ampola com diluente de 3,5mL para atendimento da Rede Municipal de Saúde conforme especificações abaixo:

2. PRAZO

A solicitação foi elaborada para atendimento dos pacientes por período de 2 meses, tendo em consideração que o medicamento foi fracassado na licitação anual dos medicamentos da rede municipal (Pregão nº 010/2025) e foi incluído na licitação de deserto/fracassados dos medicamentos.

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

3. FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO

O medicamento ceftriaxona intramuscular 1G pó para solução injetável frasco-ampola com diluente de 3,5mL, antibiótico da classe das cefalosporinas, é utilizado no tratamento de infecções provocadas por microrganismos gram-positivos e gram-negativos suscetíveis, como infecções renais e do trato urinário, respiratórias, abdominais, da pele e tecidos moles, dos ossos ou articulações e gonorreia. A ceftriaxona também pode ser utilizada em profilaxia pós-cirúrgica.

Este medicamento foi fracassado na última licitação (Pregão nº 010/2025) e encontra-se com estoque zerado na Rede Municipal de Saúde, o que pode vir a causar prejuízos à saúde da população.

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.

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

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

- **Regras de Recebimento:**

- 4.1 A entrega deverá ser única, na quantidade requerida.
- 4.2 O prazo de validade dos medicamentos não deverá ser inferior a 12 meses, a contar da data da entrega.
- 4.3 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.
- 4.4 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.
- 4.5 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.
- 4.6 O medicamento só será recebido se transportado de acordo com as normas adequadas relativas a embalagem, volume, controle de temperatura, etc.
- 4.7 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.
- 4.8 A Nota fiscal deverá discriminar o lote e validade de cada quantidade entregue dos medicamentos solicitados.

4.9 Os antibióticos injetáveis em apresentação de pó liofilizado deverão vir **acompanhados do diluente**, para as apresentações Via Intramuscular.

5. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

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

5.1 Cópia da Autorização de Funcionamento emitido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (ANVISA/MS), em plena validade.

5.2 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.

5.3 Cópia do Certificado de responsabilidade técnica (CRT) junto ao Conselho Regional de Farmácia.

5.4 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\$62.609,46**.

10. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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



PREFEITURA DE
ARAÇATUBA
Secretaria de Saúde

Assinado por 3 pessoas: DANIEL MARTINS FERREIRA JUNIOR, PAULA ROBERTA PEDRUCI LEME e MONICA PAGANI CANALIS
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://aracatuba.1doc.com.br/verificacao/71F4-9632-E820-4342> e informe o código 71F4-9632-E820-4342





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 71F4-9632-E820-4342

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

- ✓ DANIEL MARTINS FERREIRA JUNIOR (CPF 139.XXX.XXX-34) em 28/04/2025 12:50:17 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ PAULA ROBERTA PEDRUCI LEME (CPF 218.XXX.XXX-00) em 28/04/2025 12:50:37 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ MONICA PAGANI CANALIS (CPF 181.XXX.XXX-57) em 29/04/2025 09:22:22 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/71F4-9632-E820-4342>