

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM****95591764000105****Termo de Referência****Processo...:** 23081.011761/2013-62 **Pregão SRP** 281 / 2013 **Data da Emissão:** 16/08/2013**Abertura: Dia:** 05/09/2013 **Hora:** 09:00:00**Objeto Resumido:****Modalidade de Julgamento :** Menor Preço

Item	Especificação	Unidade	Preço Máximo	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
1	Contraste Não Iônico, de 300 a 320mg/mL de iodo, frasco-ampola com 50mL (Marcas aprovadas: Iopamiron, Optiray, Ultravist)	Frasco-Ampola	110,0000	3.500,00	_____	_____
2	Contraste Não Iônico, de 300 a 320mg/mL de iodo, frasco-ampola com 100mL (Marcas aprovadas: Iopamiron, Optiray, Ultravist).	Frasco-Ampola	220,0000	2.500,00	_____	_____

Contrastes Não Iônicos Cumulado com Comodato de Uma (01) Bomba Infusora de Contrastes e Dois (02) Aquecedores de Meios de Contrastes, para atendimento a pacientes do HUSM.

Solicito abertura para o primeiro dia possível, e vigência de 12 (doze) meses a contar da homologação do pregão.

Informo que os valores estimados para a solicitação de licitação n.º 001648/2013, foram baseados no site www.anvisa.gov.br, na Lista de Preços de Medicamentos da Secretaria Executiva - CMED, atualizada em 19/07/13, em anexo.

CONDIÇÕES GERAIS DE RECEBIMENTO E ACEITAÇÃO DO(S) PRODUTO(S):

1. O acondicionamento e transporte do(s) medicamento(s) deve(m) ser feito(s) dentro do preconizado para o(s) produto(s) e devidamente protegido(s) do pó e variações de temperatura. No caso de produtos termolábeis, a embalagem e os controles devem ser apropriados para garantir a integridade do produto. Nestes produtos, utilizar preferencialmente fitas especiais para o monitoramento de temperatura durante o transporte.

2. As embalagens externas devem mencionar as condições corretas de armazenamento do produto (temperatura, umidade, empilhamento, etc).

3. Os medicamentos devem ter validade igual ou superior a um ano. Se a validade for inferior a um ano, o fornecedor deve entrar em contato formal com o Serviço de Farmácia para autorização prévia.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM****95591764000105****Termo de Referência**

Item	Especificação	Unidade	Preço Máximo	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
4.	A entrega dos medicamentos adquiridos deverá ser acompanhada dos respectivos laudos de qualidade (Artigo 3º, parágrafo 4º da Lei 9787 de 10/02/1999), sob pena de ter a nota fiscal retida para pagamento até a entrega dos mesmos.					
5.	Serão exigidas, no que couber, as especificações técnicas dos produtos, os respectivos métodos de controle de qualidade e a sistemática de certificação de conformidade (Artigo 3º, Parágrafo 3º, da Lei 9787 de 10/02/1999).					
6.	O texto e demais exigências legais previstas para o cartucho, rotulagem e bula devem estar em conformidade com a legislação do Ministério da Saúde e do Código de da Portaria 2814 de 29/05/1998). Situações excepcionais devem ser autorizadas previamente e formalmente pelo Serviço de Farmácia.					
7.	Os medicamentos deverão ser entregues em embalagens adequadas contendo de forma visível os seguintes dizeres: "PROIBIDA A VENDA PELO COMÉRCIO" (Artigo 7º, da Portaria 2814 de 29/05/1998). Situações excepcionais devem ser autorizadas previamente e formalmente pelo Serviço de Farmácia.					
8.	As embalagens devem ser acompanhadas das respectivas bulas.					
9.	As embalagens primárias dos medicamentos (ampolas, blisters, frascos ou outras), devem apresentar o número do lote, data de fabricação e prazo de validade.					
10.	Os medicamentos que necessitem de acessórios para a sua aplicação ou administração, devem vir acompanhados dos mesmos, incluídos os respectivos diluentes, filtros, equipos para transferências ou infusão.					
11.	No caso de soluções parenterais de grande volume, o produto deve vir protegido individualmente com invólucros plásticos ou similar, devidamente selado, quando solicitado na descrição do produto no edital.					
12.	No caso de produtos acondicionados em bisnagas, as mesmas deverão apresentar lacre no bico de dispensação e tampa com dispositivo para seu rompimento.					
13.	Os aplicadores que acompanham os cremes, pomadas ou geleias ginecológicas devem estar protegidos com material adequado, convenientemente selado.					
14.	Caso haja necessidade, o Hospital Universitário de Santa Maria, reserva-se ao direito de encaminhar os produtos adquiridos para análise, em Laboratório Analítico					

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM****95591764000105**
Termo de Referência

Item	Especificação	Unidade	Preço Máximo	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
	certificadores habilitados para atestar a conformidade às exigências e requisitos de qualidade a serem cumpridos por fabricantes e fornecedores dos mesmos.					
	15.O fornecedor somente poderá emitir nota fiscal e providenciar a entrega do(s) produto(s), após o recebimento da respectiva nota de empenho, respeitando prazo de entrega estabelecido no edital.					
	16.A descrição dos medicamentos na nota fiscal deverá ser feita de acordo com o estabelecido pela legislação.					
	17.O fornecedor deverá fazer constar na nota fiscal, o número da respectiva nota de empenho, o número da agência e da conta corrente no banco onde o pagamento será creditado.					
	18.O s contratados deverão no ato da entrega para cada lote entregue comprovar a procedência dos medicamentos, através de certificado de procedência, nota fiscal de origem ou outro documento compatível (Artigo 6º da Portaria 2814 de 29/05/1998).					
	19.P ara medicamentos injetáveis, é necessário que na bula conste a indicação de uso pela via de administração contida na descrição dos mesmos.					
	20.O bservação: por ocasião da entrega do(s) medicamento(s) no Hospital Universitário de Santa Maria, seu recebimento será feito em caráter provisório. O aceite definitivo, com a liberação da nota fiscal para pagamento, está condicionado ao atendimento das exigências contidas neste edital.					



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM

95591764000105
Termo de Referência

Informar:

Razão Social da Empresa: _____

CNPJ: _____

Endereço, Local e Estado: _____

Cep: _____ Fone/Fax: _____ Telex: _____

Nome do Banco: _____ Nome da Agência: _____ Número da Agência: _____

Número Conta Bancária: _____ Data: ____/____/____

Assinatura