

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM**

95591764000105

Termo de Referência**Processo...:** 23081.013894/2013-73 **Pregão SRP** 326 / 2013 **Data da Emissão:** 06/09/2013**Abertura: Dia:** 26/09/2013 **Hora:** 09:00:00**Objeto Resumido:****Modalidade de Julgamento :** Menor Preço

Item	Especificação	Unidade	Preço Máximo	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
1	Alfainterferona 2a, 3.000.000 UI, solução injetável, frasco-ampola ou seringa preenchida	Unidade	74,0000	1.000,00		
2	Alfainterferona 2a, 4.500.000 UI, solução injetável, frasco-ampola ou seringa preenchida	Unidade	121,0000	1.000,00		
3	Alfainterferona 2a, 9.000.000 UI, solução injetável, frasco-ampola ou seringa preenchida	Unidade	203,0000	2.500,00		
4	Bleomicina, sulfato, 15 UI, pó liofilizado, frasco-ampola	Frasco-Ampola	125,0000	600,00		
5	Dacarbazina, 200mg, pó liofilizado, frasco-ampola	Frasco-Ampola	121,0000	600,00		
6	Dacarbazina, 600mg, pó liofilizado, frasco-ampola	Frasco-Ampola	200,0000	600,00		
7	Metotrexato, 2.5mg, comprimido (Medicamento sujeito à aplicação de CAP)	Comprimido	0,5300	1.200,00		
8	Tretinoína (ác. all-trans-retinóico), 10mg, cápsula gel	Cápsula	9,1300	3.000,00		

RELAÇÃO DE LABORATÓRIOS OFICIAIS:

O laudo solicitado deverá ser expedido por Laboratório Oficial, dentre os abaixo relacionados, ou por outro integrante do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária que informe detalhadamente qual a análise executada.

LABORATÓRIOS OFICIAIS

A) DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA INDUSTRIAL - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - PRÉDIO Nº 26 - CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (UFSM) - SANTA MARIA/RS;

B) ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGIA - SETOR DE PRODUTOS NATURAIS - SP

C) FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA - CENTRO FARMACÊUTICO DE SERVIÇOS COMUNITÁRIOS (CEFASC) - CONTROLE DE MEDICAMENTOS, COSMÉTICOS E MATÉRIAS PRIMAS CONFAR;

D) FARMÁCIA-ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFCE);

E) FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE);

F) FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP);

G) FUNDAÇÃO HEMO-CENTRO DE PERNAMBUCO (HEMOPE);

H) FUNDAÇÃO PRÓ-SANGUE - HEMO-CENTRO DE SÃO PAULO;

I) INSTITUTO DE MICROBIOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM**

95591764000105

Termo de Referência

Item	Especificação	Unidade	Preço Máximo	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
	JANEIRO (UFRJ) - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - BLOCO I - CIDADE UNIVERSITÁRIA - ILHA DO FUNDÃO/RJ; J) INSTITUTO TECNOLÓGICO DO PARANÁ (TECPAR); K) LABORATÓRIO DE CONTROLE DE QUALIDADE DA FACULDADE DE FARMÁCIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG); L) LABORATÓRIO DE CONTROLE DE QUALIDADE DA FACULDADE DE FARMÁCIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS); M) LABORATÓRIO DE CONTROLE DE QUALIDADE DE ALIMENTOS E MEDICAMENTOS DA FACULDADE DE FARMÁCIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS (UFG); N) LABORATÓRIO DE CONTROLE DE QUALIDADE DE MEDICAMENTOS, SANEANTES E COSMÉTICOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ) - ILHA DO FUNDÃO/RJ; O) LABORATÓRIO DE CONTROLE DE QUALIDADE DE SANEANTES E COSMÉTICOS (LABCON) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ); P) LABORATÓRIO DE TECNOLOGIA FARMACEUTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB); Q) LABORATÓRIO UNIVERSITÁRIO RODOLPHO ALBINO - UFF-RJ; R) LABORATÓRIO CENTRAL DO HOSPITAL SÃO PAULO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - SP. CONDIÇÕES GERAIS DE RECEBIMENTO E ACEITAÇÃO DO(S) PRODUTO(S) A)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 termolábilis, 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. B)As embalagens externas devem mencionar as condições corretas de armazenamento do produto (temperatura, umidade, empilhamento, etc). C)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. D)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. E)Serão exigidas, no que couber, as especificações técnicas dos produtos, os					

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM**

95591764000105

Termo de Referência

Item	Especificação	Unidade	Preço Máximo	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
	<p>respectivos métodos de controle de qualidade e a sistemática de certificação de conformidade (Artigo 3º, Parágrafo 3º, da Lei 9787 de 10/02/1999).</p> <p>F)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 Defesa do Consumidor.</p> <p>G)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.</p> <p>H)As embalagens devem ser acompanhadas das respectivas bulas.</p> <p>I)As embalagens primárias dos medicamentos (ampolas, blisters, frascos ou outras), devem apresentar o número do lote, data de fabricação e prazo de validade.</p> <p>J)Os medicamentos que necessitem de acessórios para a sua aplicação ou administração, devem vir acompanhados dos mesmos, incluídos os respectivos diluentes, filtros, equipamentos para transferências ou infusão.</p> <p>K)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.</p> <p>L)No caso de produtos acondicionados em bisnagas, as mesmas deverão apresentar lacre no bico de dispensação e tampa com dispositivo para seu rompimento.</p> <p>M)Os aplicadores que acompanham os cremes, pomadas ou geleias ginecológicas devem estar protegidos com material adequado, convenientemente selado.</p> <p>N)Caso haja necessidade, o Hospital Universitário de Santa Maria, reserva-se ao direito de encaminhar os produtos adquiridos para análise, em Laboratório Analítico - certificadores habilitados para atestar a conformidade às exigências e requisitos de qualidade a serem cumpridos por fabricantes e fornecedores dos mesmos.</p> <p>O)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.</p> <p>P)A descrição dos medicamentos na nota fiscal deverá ser feita de acordo com o estabelecido pela legislação.</p> <p>Q)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</p>					

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

Item	Especificação	Unidade	Preço Máximo	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
	creditado. R)Os 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). S)Para medicamentos injetáveis, é necessário que na bula conste a indicação de uso pela via de administração contida na descrição dos mesmos. T)Observação: 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.					

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