

**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](http://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
	<p>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.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>8. As embalagens devem ser acompanhadas das respectivas bulas.</p> <p>9. As embalagens primárias dos medicamentos (ampolas, blisteres, frascos ou outras), devem apresentar o número do lote, data de fabricação e prazo de validade.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>12. 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>13. Os aplicadores que acompanham os cremes, pomadas ou geleias ginecológicas devem estar protegidos com material adequado, convenientemente selado.</p> <p>14. Caso haja necessidade, o Hospital Universitário de Santa Maria, reserva-se ao direito de encaminhar os produtos adquiridos para análise, em Laboratório Analítico</p>					



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM**

**95591764000105**  
**Termo de Referência**

<b>Item</b>	<b>Especificação</b>	<b>Unidade</b>	<b>Preço Máximo</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Preço Unitário</b>	<b>Preço Total</b>
	<p>certificadores habilitados para atestar a conformidade às exigências e requisitos de qualidade a serem cumpridos por fabricantes e fornecedores dos mesmos.</p> <p>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.</p> <p>16.A descrição dos medicamentos na nota fiscal deverá ser feita de acordo com o estabelecido pela legislação.</p> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>19.P ara medicamentos injetáveis, é necessário que na bula conste a indicação de uso pela via de administração contida na descrição dos mesmos.</p> <p>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.</p>					



**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