

Av. Getúlio Vargas - Centro Administrativo Cep: 48.880-000 - Santaluz-BA.

Telefone: 75 3265-2843 <a href="www.santaluz.ba.gov.br">www.santaluz.ba.gov.br</a>



### **AVISO DE SELEÇÃO E CHAMAMENTO PÚBLICO 004/2022**

A Pregoeira do Município de Santaluz – BA, comunica a todos os interessados que está aberto o processo de seleção e chamamento público para visando a Contratação de empresa para aquisição de medicamentos e soluções injetáveis, visando atender a Secretaria Municipal de Saúde do município de Santaluz/BA, conforme Termo de Referência para Cotação, que encontra-se anexo a este aviso.

Destaca-se que o referido não se trata de edital de licitação, apenas de um procedimento administrativo de seleção de interessados, em que todas as formalidades necessárias são fixadas e determinadas pela administração de acordo com a sua necessidade, visando garantir a transparência aos atos inerentes às contratações públicas.

A documentação referente ao processo poderá ser entregue a partir do dia 03/05/2022 às 08:00h, até o dia 05/05/2022 às 17:00h, através do e-mail: licita.santaluz@gmail.com, ou presencialmente no setor de licitações nos horários 08:00h às 12:00h. Os interessados poderão obter informações na sede da Prefeitura Municipal de Santaluz - BA, situada Av. Getúlio Vargas - Centro Administrativo Cep: 48.880-000 — Setor de Licitações.





Av. Getúlio Vargas - Centro Administrativo Cep: 48.880-000 - Santaluz-BA.

Telefone: 75 3265-2843 <a href="www.santaluz.ba.gov.br">www.santaluz.ba.gov.br</a>



#### TERMO DE REFERÊNCIA COTAÇÃO DE PRECOS

#### 1. OBJETO

**1.1.** Contratação de empresa para aquisição de medicamentos e soluções injetáveis, visando atender a Secretaria Municipal de Saúde do município de Santaluz/BA.

Proponente:		
Endereço:		Cidade:
CNPJ/CPF:		Insc. Estadual:
Telefone:		WhatsApp:
Banco (Nome/n°):	Agência nº:	Conta Corrente nº:
E-mail:		Validade da proposta:
Prazo de entrega dos materiais:		Pagamento:

#### 2. JUSTIFICATIVA

2.1. Justifica-se a presente contratação pela necessidade de suprir as unidades de saúde com os medicamentos e soluções necessárias ao seu pleno funcionamento para manutenção de um serviço de qualidade e universal, atendendo aos princípios do SUS em todas as esferas de complexidade, garantido acesso, medidas preventivas e tratamento adequado aos usuários, além de prover as equipes de saúde condições dignas de trabalho na implementação da terapêutica com opções viáveis em conformidade com cada especificidade dos usuários.

#### 3. CLASSIFICAÇÃO

certificacão digital Sobre o código de controle; 20122 PMDESANTALUZ/BA - ICP - Controle Pessoal 202200011

**3.1.** Os serviços a serem prestados enquadram-se na classificação de serviços comuns, nos termos da Lei n° 10.520, de 2002, do Decreto n° 3.555, de 2000, e do Decreto 5.450, de 2005.

	LOTE 01 - SOLUÇÕES								
ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	UND	MARCA	PREÇO UNITÁRIO	PREÇO TOTAL			
1	AGUA DESTILADA 5 L	400	GL						
2	AGUA P/ INJECAO 100ML SF	400	AMP						
3	AGUA P/ INJECAO 10ML SF	50.000	AMP						
4	AGUA P/ INJECAO 20ML SF	8.000	AMP						
5	BICARBONATO DE SODIO 8.4% 10ML	400	AMP						
6	CLORETO DE CALCIO 10% 10ML	400	AMP						



Av. Getúlio Vargas - Centro Administrativo Cep: 48.880-000 - Santaluz-BA.

Telefone: 75 3265-2843 <a href="www.santaluz.ba.gov.br">www.santaluz.ba.gov.br</a>



7	CLORETO DE SODIO 0.9% 10ML	400	AMP
8	CLORETO DE SODIO 10% 10ML	400	AMP
9	CLORETO POTASSIO 19,1% 10ML INJ	750	AMP
10	CLORETO POTASSIO 10% 10ML INJ	750	AMP
11	GLUCONATO CALCIO 10% 10ML INJ	500	AMP
12	SOLUÇÃO GLICERINA 12% 500ML SF	400	COMP
13	SOLUÇÃO GLICOSE 25% 10ML	1.000	AMP
14	SOLUÇÃO GLICOSE 50% 10ML	3.000	AMP
15	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML SISTEMA FECHADO	25.000	AMP
16	SORO FISIOLOGICO 0,9% 250ML SISTEMA FECHADO	16.000	AMP
17	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML SISTEMA FECHADO	20.000	AMP
18	SORO GLICOFISIOLOGICO 250ML SISTEMA FECHADO	100	AMP
19	SORO GLICOFISIOLOGICO 500ML SISTEMA FECHADO	750	AMP
20	SORO GLICOSADO 5% 250ML SISTEMA FECHADO	700	AMP
21	SORO GLICOSADO 5% 500ML SISTEMA FECHADO	5.000	AMP
22	SORO RINGER C/LACTATO 500ML SISTEMA FECHADO	14.000	AMP
23	SULFATO DE MAGNESIO 50% 10ML INJ G	500	AMP

	LOTE 02 - CONTROLADOS BÁSICOS							
ITEM	DESCRIÇÃO	OHAT	LIND	MARCA	PREÇO	PREÇO		
HEW	DESCRIÇÃO	QUAT UND	UND   MARCA	UNITÁRIO	TOTAL			
1	ÁCIDO VALPRÓICO	100.000	COMP					
1	250MG COMP VER	100.000	COMP					
2	ACIDO VALPRÓICO 500MG	100.000	COMP					

Página 3 de 21





# PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTALUZ



Av. Getúlio Vargas - Centro Administrativo Cep: 48.880-000 - Santaluz-BA. Telefone: 75 3265-2843 www.santaluz.ba.gov.br

ī	T			<u> </u>	
	CMP REV				
	ÁCIDO VALPRÓICO				
3	SUSPENÇÃO 50MG/ML	3.000	FR		
	C/100				
4	AMITRIPTILINA 25MG	40.000	COMP		
4	COMP	40.000	COMP		
5	BIPERIDENO 2MG COMP	60.000	COMP		
6	BIPERIDENO 4MG COMP	7.000	COMP		
7	BUPROPIONA 150MG	45,000	COMP		
/	COMP	45.000	COMP		
0	CARBAMAZEPINA	2.000	ED		
8	20MG/ML C/100	3.000	FR		
0	CARBAMAZEPINA 200MG	16,000	COMP		
9	COMP	16.000	COMP		
1.0	CARBONATO DE LITIO	60.000	COLUD		
10	300MG COMP	60.000	COMP		
	CLORIDRATO DE				
11	NALOXONA 0,4MG/ML	400	AMP		
	C/1ML				
1.0	CLOMIPRAMINA 25MG	2.000	COMP		
12	COMP	2.000	COMP		
1.2	CLONAZEPAM 2,5MG/ML	250	ED		
13	C/20ML GTS	250	FR		
1.4	CLORPROMAZINA 100MG	100.000	COMP		
14	COMP	100.000	COMP		
1.5	CLORPROMAZINA 25MG	20,000	COMP		
15	COMP	30.000	COMP		
1.0	CLORPROMAZINA	250	ED		
16	40MG/ML C/20ML GTS	350	FR		
17	CLORPROMAZINA 5MG/ML	400	AND		
17	C/5ML	400	AMP		
18	DIAZEPAM 10MG COMP	100.000	COMP		
10	DIAZEPAM 10MG/2ML	6 000	AMD		
19	C/2ML	6.000	AMP		
20	DIAZEPAM 5MG COMP	60.000	COMP		
21	FENITOÍNA 100MG COMP	140.000	COMP		
22	FENITOINA 50MG/ML	700	AND		
22	C/5ML	700	AMP		
22	FENOBARBITAL 100 MG	150,000	COME		
23	COMP	150.000	COMP		
2.4	FENOBARBITAL	200	43.60		
24	100MG/1ML C/2ML	300	AMP		
25	FENOBARBITAL 40MG/ML	1.200	FR		
				I I	L

Página 4 de 21

# PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTALUZ



Av. Getúlio Vargas - Centro Administrativo Cep: 48.880-000 - Santaluz-BA. Telefone: 75 3265-2843 www.santaluz.ba.gov.br

	C/ 20ML GTS			
26	FLUMAZENIL 0,1MG/ML C/5ML	100	AMP	
27	FLUOXETINA 20MG COMP	400.000	COMP	
28	HALOPERIDOL 1MG COMP	70.000	COMP	
29	HALOPERIDOL 2MG/ML C/20ML GTS	3.500	FR	
30	HALOPERIDOL 5MG COMP	250.000	COMP	
31	HALOPERIDOL 5MG/1ML INJ C/1ML	1.400	AMP	
32	HALOPERIDOL DECANOATO 50ML/ML C/1ML	7.000	AMP	
33	LEVOMEPROMAZINA 25MG COMP	30.000	COMP	
34	NORTRIPTILINA 25MG CAPS	120.000	CAPS	
35	NORTRIPTILINA 50MG CAPS	150.000	CAPS	
36	PROMETAZINA 25MG COMP	250.000	COMP	
37	PROMETAZINA 50MG/2ML INJ C/2ML	18.000	AMP	
38	RISPERIDONA 1MG COMP	160.000	COMP	
39	RISPERIDONA 3MG COMP	160.000	COMP	

	LOTE 03 - CONTROLADOS NÃO BÁSICOS							
ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDAD E	UND	MARCA	PREÇO UNITÁRIO	PREÇO TOTAL		
1	BIPERIDENO CLORID 5MG/1ML C/1ML	100	AMP					
2	CETAMINA 50MG/ML 2MG	100	AMP					
3	CITALOPRAM 20MG COMP	500	COM P					
4	CLONAZEPAM 0,5MG COMP	45.000	COM P					
5	CLONAZEPAM 2MG COMP	80.000	COM P					
6	CLORIDRATO DE SERTRALINA 50MG COMP	140.000	COM P					
7	CLORIDRATO	3.200	COM					

Página 5 de 21

Este documento foi assinado digitalmente por certificação ICP-BRASIL / Versão eletrônica disponível pelo portal www.indap.org.br



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTALUZ



Av. Getúlio Vargas - Centro Administrativo Cep: 48.880-000 - Santaluz-BA.

Telefone: 75 3265-2843 <a href="www.santaluz.ba.gov.br">www.santaluz.ba.gov.br</a>

DE SERTRALINA   25MG   COMP   COMP		DE GERER LANDA			1	
8         ETOMIDATO 2MG/ML C/ 10ML         200         AMP           9         FENOBARBITAL 200MG/IML C/IML         400         AMP           10         FENTANILA 50MCG/ML C/10ML         1.500         AMP           11         GABAPENTINA 300MG COMP COM P         COM P           12         LEVETIRACETAM 100MG/ML SOLUÇÃO ORAL C/100ML         140         FR           13         LEVETIRACETAM 250 MG S.500         COM P         P           14         MIDAZOLAN 15MG COMP SMG/ML C/10ML         700         AMP COM P           15         MIDAZOLAN 5MG/ML C/10ML         700         AMP COM P           16         MORFINA 0,1MG/1ML C/10ML C/10ML         400         AMP COM P           17         MORFINA 0,1MG/1ML C/1ML C/1ML         400         AMP COM P           18         MORFINA 10MG COMP 1.000 P         COM P           20         MORFINA 10MG/1ML C/1ML C/1ML 4.000 AMP         COM P           21         OXCARBAZEPINA 300MG COMP P         10.000 P           22         OXCARBAZEPINA 6% OXCARBAZEPINA		DE SERTRALINA 25MG		P		
10ML						
9 200MG/IML C/IML	8	10ML	200	AMP		
10	9		400	AMP		
COMP	10		1.500	AMP		
12       100MG/ML SOLUÇÃO ORAL C/100ML       140       FR       FR         13       LEVETIRACETAM 250 MG       3.500       COM P       P         14       MIDAZOLAN 15MG COMP       1.000       COM P       P         15       MIDAZOLAN 5MG/ML C/10ML       700       AMP       COM P         16       MIRTAZAPINA 30MG COMP       500       COM P       COM P         17       MORFINA 0,1MG/1ML C/1ML       400       AMP       COM P         18       MORFINA 0,2MG/1ML C/1ML       400       AMP       COM P         19       MORFINA 10MG COMP       1.000       COM P       P         20       MORFINA 10MG/1ML C/1ML       4.000       AMP       COM P         21       OXCARBAZEPINA 300MG DOMP P       10.000       P       P         22       OXCARBAZEPINA 6% 100ML SUSP +SER)       300       FR       FR         23       PARACETAMOL + CODEINA 30MG COMP P       140       P       P         24       PETIDINA 50MG/ML C/2ML DOMG/ML C/10MG/ML C/10MG	11		6.000			
13 LEVETIRACETAM 250 MG	12	100MG/ML SOLUÇÃO ORAL	140	FR		
MIDAZOLAN 15MG COMP   1.000   P	13	LEVETIRACETAM 250 MG	3.500			
15	14	MIDAZOLAN 15MG COMP	1.000			
16	15		700	AMP		
17	16		500			
18	17	· ·	400	AMP		
19 MORFINA 10MG COMP 1.000 P  20 MORFINA 10MG/1ML	18	*	400	AMP		
20   C/1ML	19	MORFINA 10MG COMP	1.000			
COMP	20		4.000	AMP		
22   100ML SUSP +SER)   300   FR	21		10.000			
23       CODEINA 30MG COMP       140       P         24       PETIDINA 50MG/ML C/2ML       1.000       AMP         25       PROPORFOL 10MG/ML C/10ML       400       AMP         26       PROPORFOL 10MG/ML C/20ML       400       AMP         27       QUETIAPINA 25MG COMP       500       COM P	22		300	FR		
25     PROPORFOL 10MG/ML C/ 10ML     400     AMP       26     PROPORFOL 10MG/ML C/ 20ML     400     AMP       27     QUETIAPINA 25MG COMP     500     COM P	23		140			
25 10ML 400 AMP  26 PROPORFOL 10MG/ML C/ 20ML 400 AMP  27 QUETIAPINA 25MG COMP 500 COM P	24	PETIDINA 50MG/ML C/2ML	1.000	AMP		
26 20ML 400 AMP  27 QUETIAPINA 25MG COMP 500 COM P	25		400	AMP		
27 QUETTAPINA 25MG COMP 500 P	26		400	AMP		
28 TIORIDAZINA 50MG DRG 3.000 COM	27	QUETIAPINA 25MG COMP	500			
	28	TIORIDAZINA 50MG DRG	3.000	COM		

Página 6 de 21





Av. Getúlio Vargas - Centro Administrativo Cep: 48.880-000 - Santaluz-BA. Telefone: 75 3265-2843 www.santaluz.ba.gov.br

			P	
29	TOPIRAMATO 100MG COMP	2.500	COM P	
30	TOPIRAMATO 50MG COMP	500	COM P	
31	TRAMADOL 100MG COMP	500	COM P	
32	TRAMADOL 50MG COMP	100	COM P	
33	TRAMADOL 50MG/ML C/ 1ML	4.000	AMP	
34	TRAMADOL 50MG/ML C/ 2ML	1.500	AMP	

30	TOPIRAMATO 50MG COMP	500	CO						
31	TRAMADOL 100MG COMP	500	CO						-
32	TRAMADOL 50MG COMP	100	COI P						
33	TRAMADOL 50MG/ML C/ 1ML	4.000	AM	IP					-
34	TRAMADOL 50MG/ML C/ 2ML	1.500	AM	IP					
	LOT	E 04 - FARN	ЛÁС	IA BÁSI	CA				- :
ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDA		UND	MAR	CA	PREÇ UNITÁF	PREÇO TOTAI	
1	ACICLOVIR 200MG	3.000		COMP					
2	ACIDO ACETILSALICILICO 100MG	200.000	)	COMP					
3	ÁCIDO FOLICO 0,2MG/ML SOLUÇÃO ORAL C/	500		FR					
4	ACIDO FOLICO 5MG COMP	180.000	)	COMP					
5	ALBENDAZOL 4% SUSP 10ML G	3.000		FR					
6	ALBENDAZOL 400MG COMP. MASTIGAVEL	8.000		COMP					
7	ALENDRONATO DE SÓDIO 70MG	3.800		COMP					
8	AMIODARONA CLORID 200MG	4.000		COMP					
9	AMOXICILINA+CLAVULONATO DE POTÁSSIO 50+12,5MG/ML SUSPENSÃO ORAL PÓ	3.000		FR					
10	AMOXICILINA+CLAVULONATO DE POTÁSSIO 875+125MG COMP	100		COMP					
11	AMOXICILINA+CLAVULONATO DE POTÁSSIO 500+125MG COMP	5.000		COMP					
12	AMOXICILINA 500MG	90.000		COMP					
13	AMOXICILINA SUSP 250MG/ML C/150ML	5.000		FR					
14	ANLODIPINO BESILATO 5MG	160.000		COMP					
15	ATENOLOL 50MG	60.000		COMP					
16	AZITROMICINA 200MG/5ML PÓ C/ DILUENTE 15ML	4.000		FR					

Página 7 de 21





# PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTALUZ

SANTALUZ

Av. Getúlio Vargas - Centro Administrativo Cep: 48.880-000 - Santaluz-BA.

Telefone: 75 3265-2843 <a href="www.santaluz.ba.gov.br">www.santaluz.ba.gov.br</a>

17	AZITROMICINA 500MG COMPR	18.000	COMP	
18	BECLOMETAZONA 250MCG 200 DOSES A.E.R ORAL	10	FR	
19	BECLOMETAZONA 50MCG 200 DOSES A.E.R ORAL	10	FR	
20	BENZILPEN BENZATINA 1200.000UI PO	6.000	AMP	
21	BENZILPEN BENZATINA 600.000UI PO	1.500	AMP	
22	BENZOILMETRONIDAZOL 40MG/ML C/100ML	500	FR	
23	BUDESONIDA 32 MCG 120 ACIONAMENTOS	300	FR	
24	BUDESONIDA 50 MCG C/6ML	300	FR	
25	BUDESONIDA 64 MCG 120 ACIONAMENTOS	300	FR	
26	CARBONATO DE CALCIO +CALCIFEROL 500+200UI	80.000	COMP	
27	CAVERDILOL 25MG	30.000	COMP	
28	CAVERDILOL 6,25MG	5.000	COMP	
29	CEFALEXINA 250MG/5ML C/60ML PO SUSP	4.000	FR	
30	CEFALEXINA 500MG	80.000	COMP	
31	CIPROFLOXACINO 500mg V.O	60.000	COMP	
32	CLINDAMICINA 300MG	3.000	CAPS	
33	CLORETO DE SÓDIO 0,9% SOLUÇÃO NASAL C/30ML	350	FR	
34	DEXAMETAZONA 4MG	30.000	COMP	
35	DEXCLOROFERINAMINA 0,4MG/ML C/100ML	6.000	FR	
36	DEXCLOROFERINAMINA 2MG	30.000	COMP	
37	DEXAMETAZONA 0,1% CREME C/10G	4.000	BISN	
38	DIGOXINA 0,25MG	60.000	COMP	
39	DIPIRONA SODICA 500MG COMP C/10	150.000	COMP	
40	DIPIRONA SODICA 500MG/ML C/10ML GTS	3.200	FR	
41	DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA 250 MCG/DOSE SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO ORAL C/ 200 DOSES	200	UND	
42	ENALAPRIL MAL. 20MG	20.000	COMP	
				l l

Página 8 de 21

### PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTALUZ



Av. Getúlio Vargas - Centro Administrativo Cep: 48.880-000 - Santaluz-BA. Telefone: 75 3265-2843 <u>www.santaluz.ba.gov.br</u>

43	ENALAPRIL MAL. 5MG	20.000	COMP	
44	ESPIRAMICINA 500MG	10.000	COMP	
45	ESPIRONOLACTONA 25MG	110.000	COMP	
46	ESTRADIOL 5MG +NORETISTERONA 50MG/ML	5.000	AMP	
47	FLUCONAZOL, CAPSULA 100 MG	70.000	CAP	
48	FOLÍNICO) 15MG	10.000	COMP	
49	FOSFATO CLINDAMICINA GEL TÓPICO 100MG/G C/ 45G	350	UND	
50	FUROSEMIDA, COMPRIMIDO 40MG.	120.000	COMP	
51	GLIBENCLAMIDA, COMPRIMIDO 5 MG	280.000	COMP	
52	GLICAZIDA 30MG	35.000	COMP	
53	GUACO XAROPE 60MG/ML C/120ML	5.000	FR	
54	HIDRALAZINA CLORID 25 MG	3.000	COMP	
55	HIDROCLOROTIAZIDA, 25 MG, COMPRIMIDO.	400.000	COMP	
56	HIDROXIDO ALUMINIO 61,5MG - SUSPENSÃO ORAL C/ 100ML	3.000	FR	
57	IBUPROFENO 50MG/ML C/30ML GTS	7.000	FR	
58	IBUPROFENO 600MG	120.000	COMP	
59	INSULINA, HUMANA NPH C/10ML	400	FR	
60	INSULINA, HUMANA REGULAR, SOLUCAO INJETAVEL 100 UI/ML ( R ) FR. C/10ML	400	FR	
61	IVERMECTINA 6MG	250	COMP	
62	LEVODOPA+BENSERAZIDA 100+25MG COMP DISP	3.500	COMP	
63	LEVODOPA+BENSERAZIDA 200+50MG COMP	3.500	COMP	
64	LEVODOPA+CARBIDOPA 200+50MG COMP	3.000	COMP	
65	LEVODOPA+CARBIDOPA 250+25MG COMP	3.000	COMP	
66	LEVONOGEST 0,15MG+ ETINILESTRADIOL 0,03MG	120.000	COMP	

Página 9 de 21

# PR Av. 0

## PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTALUZ



Av. Getúlio Vargas - Centro Administrativo Cep: 48.880-000 - Santaluz-BA.

Telefone: 75 3265-2843 <a href="www.santaluz.ba.gov.br">www.santaluz.ba.gov.br</a>

67	LEVONOGESTREL 1,5MG COMP	400	COMP	
68	LEVOTIROXINA SODICA	30.000	COMP	
08	100MCG COMP	30.000	COMP	
60	LEVOTIROXINA SODICA	20,000	COMP	
69	25MCG COMP	30.000	COMP	
70	LEVOTIROXINA SODICA	20,000	COMP	
70	50MCG COMP	30.000	COMP	
71	LIDOCAINA 2% GELEIA 30G	1.000	TB	
72	LORATADINA 10MG COMP	45.000	COMP	
7.0	LOSARTANA, POTASSICO,	100.000	COLUD	-
73	50MG, COMPRIMIDO	400.000	COMP	
	MEDROXIPROGESTERONA	2 000	13.65	
74	150MG/1ML INJ C/1ML	3.000	AMP	
	METFORMINA CLORIDRATO		~~~	
75	500MG COMP	70.000	COMP	
	METFORMINA, CLORIDRATO,			
76	COMPRIMIDO, 850MG,	500.000	COMP	
77	METILDOPA 250MG COMP	60.000	COMP	
	METOCLOPRAMIDA 10MG			
78	COMP	5.000	COMP	
	METOCLOPRAMIDA 4MG/ML			
79	10ML GOTAS	400	FR	
	METOPROLOL SUCCINATO		~~~	
80	100MG	18.000	COMP	
0.1	METOPROLOL SUCCINATO	10.000	G01 (D	
81	25MG	18.000	COMP	
0.2	METOPROLOL SUCCINATO	10.000	COLUD	
82	50MG	18.000	COMP	
83	METRONIDAZOL 250MG COMP	60.000	COMP	
	METRONIDAZOL, GELEIA OU			
84	CREME VAGINAL, 100MG/G,	6.000	TUBO	
	TUBO COM 50 GR.			
	MICONAZOL NITRATO 2%			
85	CREME DERMATÓLOGICO	1.000	BISN	
	C/28G			
	MICONAZOL NITRATO CREME			
86	VAGINAL 20MG/G 80G + 14	3.000	BISN	
	APLIC			
0.7	NISTATINA 100.000 UI/ML SUSP	500	ED	
87	ORAL C/30ML	500	FR	
88	NITROFURANTOÍNA 100MG	9.000	CAPS	
89	NORETISTERONA 0,35MG	60.000	COMP	
90	·	500	FR	
90	OLEO, MINERAL, PURO,	300	ГK	

Página 10 de 21





Av. Getúlio Vargas - Centro Administrativo Cep: 48.880-000 - Santaluz-BA.

Telefone: 75 3265-2843 <a href="www.santaluz.ba.gov.br">www.santaluz.ba.gov.br</a>

	LIQUIDO ORAL, FRASCO C/120ML			
91	OMEPRAZOL 10MG CAPS	1.000	COMP	
92	OMEPRAZOL 20MG CAPS	160.000	COMP	
93	PARACETAMOL 200MG/ML 15ML GOTAS	7.000	FR	
94	PARACETAMOL 500 mg	200.000	COMP	
95	PIRIDOXINA CLORIDRATO 40MG	8.000	COMP	
96	PIRIMETAMINA 25MG	7.000	COMP	
97	PREDNISOLONA 3MG/ML C/60ML	5.000	FR	
98	PREDNISONA 20MG COMP	70.000	COMP	
99	PREDNISONA 5MG COMP	4.000	COMP	
100	PROPRANOLOL CLORIDRATO 40MG COMP	180.000	COMP	
101	SAIS, PARA REIDRATACAO ORAL, PO PARA SOLUCAO ORAL C/27,9G	7.000	SC	
102	SALBUTAMOL SPRAY 100MCG/DOSE C/200 DOSES	1.000	FR	
103	SALFAMETOXAZOL + TRIMET. 40+8MG/ML SUSP ORAL C/50ML	3.000	FR	
104	SALFAMETOXAZOL + TRIMET. 400MG+80MG COMP	60.000	COMP	
105	SINVASTATINA 20MG COMP	450.000	COMP	
106	SULFADIAZINA 500MG	10.000	COMP	
107	SULFATO FERROSO 25MG/ML GOTAS C/30ML	3.500	FR	
108	SULFATO FERROSO 40MG COMP	230.000	COMP	
109	TIAMINA 300MG	10.000	COMP	
110	TIMOLOL MALEATO 2,5MG/ML COLÍRIO C/5ML	200	FR	

	LO	TE 05 - HOSP	ITALA	RES		
ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDA	UND	MARCA	PREÇO	PREÇO
HEIVI	DESCRIÇÃO	DE	UND	MARCA	UNITÁRIO	TOTAL
	ACETATO DE					
	TERLIPRESSINA SOLUÇÃO					
1	INJETÁVEL 1MG FRASCO	2	AMP			
	AMPOLA DE PÓ + 1 AMPOLA					
	COM DILUENTE DE 5ML.					

Página 11 de 21





Av. Getúlio Vargas - Centro Administrativo Cep: 48.880-000 - Santaluz-BA. Telefone: 75 3265-2843 www.santaluz.ba.gov.br

2	ACETILCISTEINA XAROPE 20MG/ML C/100ML	300	FR	
3	ACETILCISTEINA XAROPE 40MG/ML C/100ML	300	FR	
4	ACIDO TRANEXAMICO 250MG/5ML - C/5ML	2.000	AMP	
5	ADENOSINA 6MG/2ML C/2ML	500	AMP	
6	ALBUMINA HUMANA, CONCENTRAÇÃO:20%, INJETÁVEL 50ML	2	AMP	
7	AMBROXOL LIQUIDO 15MG/5ML C/100ML	250	FR	
8	AMBROXOL LIQUIDO 30MG/5ML C/100ML	400	FR	
9	AMICACINA SULF 250MG/ML C/2ML	800	AMP	
10	AMINOFILINA 24MG/ML C/10ML	1.500	AMP	
11	AMIODARONA CLORID 50MG/ML C/3ML	1.000	AMP	
12	AMOXICILINA, ASSOCIADA COM CLAVULANATO DE POTÁSSIO, 1G + 200MG, FRASCO AMPOLA DE PÓ	300	AMP	
13	AMPICILINA SODICA 1G INJ - FRASCO AMPOLA DE PÓ	3.000	AMP	
14	AMPICILINA SODICA 500 MG INJ - FRASCO AMPOLA DE PÓ	1.500	AMP	
15	ATORVASTATINA CÁLCICA 40 mg COMP	2000	COM P	
16	ATRACÚRIO BESILATO, 10MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL C/2,5ML	250	AMP	
17	ATROPINA SULF 0.25MG/ML C/01ML	2.000	AMP	
18	AZITROMICINA, DOSAGEM:500 MG, APRESENTAÇÃO:PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	100	AMP	
19	BROMETO DE IPRATRÓPIO	500	FR	

Página 12 de 21

# PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTALUZ



Av. Getúlio Vargas - Centro Administrativo Cep: 48.880-000 - Santaluz-BA.

Telefone: 75 3265-2843 www.santaluz.ba.gov.br

	0,25MG/ML SOLUÇÃO INALANTE C/20ML				
20	BROMETO FENOTEROL 0,1MG DE C/10ML	400	FR		
21	BROMOPRIDA 5MG/ML C/2ML INJETÁVEL	7.000	AMP		
22	BUTIL BROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA 10mg/250mg COMP	3.500	COM P		
23	BUTIL BROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA 4MG/ML + 500MG/ML C/5ML INJETAVEL	8.000	AMP		
24	BUTIL BROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA SÓDICA 6,67/333,4MG/ML 20ML	400	FR		
25	BUTIL BROMETO DE ESCOPOLAMINA 20MG/1ML C/1ML	1.000	AMP		
26	CAPTOPRIL 25MG COMP	10.000	COM P		
27	CARVÀO, ATIVADO, PO (R) EMBALAGEM COM 30G	300	SC		
28	CAVERDILOL 3.125 MG COMP	1.500	COM P		
29	CEFALOTINA SODICA TAMPONADA, PO PARA SUSPENSAO INJECÃO DE 1G + DILUENTE	4.500	AMP		
30	CEFAZOLINA SÓDICA 1G PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL.	2.800	AMP		
31	CEFEPIMA PO PARA SUSPENSAO 1G INJETAVEL IV	500	AMP		
32	CEFTRIAXONA SODICA 1G IV PO+DIL 10ML	9.000	AMP		
33	CEFTRIAXONA SODICA 500G IV PO+DIL 10ML	1.500	AMP		
34	CETOPROFENO 100MG PO IV	8.000	AMP		

Página 13 de 21

Este documento foi assinado digitalmente por certificação ICP-BRASIL / Versão eletrônica disponível pelo portal www.indap.org.br





## PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTALUZ



Av. Getúlio Vargas - Centro Administrativo Cep: 48.880-000 - Santaluz-BA.

Telefone: 75 3265-2843 <a href="www.santaluz.ba.gov.br">www.santaluz.ba.gov.br</a>

35	CETOPROFENO 50MG IM C/2ML	8.000	AMP	
36	CILOSTAZOL 100 MG COMP	1.000	COM P	
37	CIMETIDINA 300MG/2ML C/2ML	1.000	AMP	
38	CIPROFLOXACINO 2MG/ML 100ML BOLSA	1.250	BOL	
39	CIPROFLOXACINO 2MG/ML 200ML BOLSA	900	BOL	
40	CIPROFLOXACINO 500mg V.O	3.000	COM P	
41	CLINDAMICINA 600MG/4ML INJETÁVEL C/4ML	5.000	AMP	
42	CLONIDINA 0,100MG COMP	4.000	COM P	
43	CLONIDINA 0,200MG COMP	4.000	COM P	
44	CLONIDINA 150MCG/1ML C/1ML INJETÁVEL	500	AMP	
45	CLOPIDOGREL 75MG V.O	5.000	COM P	
46	CLORANFENICOL 1G PO INJETÁVEL	500	AMP	
47	CLORETO DE SUXAMETÔNIO ANIDRO 100MG PÓ	200	AMP	
48	CLORETO DE SUXAMETÔNIO ANIDRO 500MG PÓ	200	AMP	
49	CLORIDRATO DE BUPIVACAÍNA +GLICOSE C/4ML	500	AMP	
50	CLORIDRATO DE BUPIVACAÍNA 0,5% C/20ML S/V	500	AMP	
51	CLORIDRATO DE OXIBUTININA 1MG/ML C/100ML	50	FR	
52	CLORTALIDONA 25 mg COMP	1.000	COM P	
53	CLORIDRATO DE TIAMINA 100MG/ML C/1ML IV/IM	400	AMP	

Página 14 de 21

Este documento foi assinado digitalmente por certificação ICP-BRASIL / Versão eletrônica disponível pelo portal www.indap.org.br

16



#### PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTALUZ-BA



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTALUZ



Av. Getúlio Vargas - Centro Administrativo Cep: 48.880-000 - Santaluz-BA. Telefone: 75 3265-2843 <u>www.santaluz.ba.gov.br</u>

	COLAGENASE					
54	C/CLORANFENICOL 30G	2.000	TUB			
34		∠.000	О			
-	POM DERM		1			
55	DESLANOSIDEO 0,2MG/ML	1.500	AMP			
	C/2ML INJETÁVEL		-			
56	DEXAMETASONA 4MG/ML	8.000	AMP			
	C/2,5ML IINJETÁVEL					
	DICLOFENACO SODICO					
57	75MG/3ML C/3ML	9.000	AMP			
	INJETÁVEL					
	DIMENIDRATO, +					
	PIRIDOXINA (50MG + 50MG)					
58	SOLUÇÃO	9.000	AMP			
	INTRAMUSCULAR AMPOLA					
	C/10ML					
	DIMENIDRATO, +					
	PIRIDOXINA + FRUTOSE +					
59	GLICOSE (30MG + 50MG +	100	AMP			
39	1000MG + 1.000MG)	100	AWII			
	SOLUCAO INTRAVENOSA					
	AMPOLA C/10ML					
60	DIMETICONA 75MG/ML	3.000	FR			
00	C/10ML GTS	3.000	FK			
61	DIOSMINA + HESPERIDINA	4.000	COM			
01	450MG+50MG CMP	4.000	P			
	DIPIRONA + CLORIDRATO					
	DE PROMETAZINA +					
62	CLORIDRATO DE	100	AND			
62	ADIFENINA 375 + 12,5 + 12,5	100	AMP			
	MG/ML SOLUÇÃO					
	INJETAVEL C/2ML					
60	DIPIRONA SÓDICA 500/ML	45.000	43.65			
63	C/ 2ML EV	45.000	AMP			
	DIPROPRIONATO DE		1			
	BETAMETASONA +					
	FOSFATO DISSODICO DE		1			
64	BETAMETASONA 5MG/ML +	350	AMP			
	2MG/ML SUSPENSÃO					
	INJETÁVEL 1C/ML					
	DOBUTAMINA 250MG/20ML		1			
65	INJETÁVEL C/20ML	600	AMP			
			COM			
66	DOMPERIDONA 10MG COMP	6.000	P			
67	DOPAMINA CLOR 5MG/ML	1.000	AMP			+
07	DOLLINITY CLOK SWIG/MIL	1.000	7 31VII	<u> </u>	1	

Página 15 de 21







Av. Getúlio Vargas - Centro Administrativo Cep: 48.880-000 - Santaluz-BA.

Telefone: 75 3265-2843 www.santaluz.ba.gov.br

	C/10ML INJ G		
68	ENOXAPARINA SODICA 20MG C/0,2ML INJ IV	500	AMP
69	ENOXAPARINA SODICA 40MG C/0,4ML INJ IV	500	AMP
70	ENOXAPARINA SODICA 60MG C/0,6ML INJ IV	500	AMP
71	EPINEFRINA 1MG/ML C/1ML INJ	3.000	AMP
72	ETILEFRINA CLOR 10MG/1ML INJ C/	1.000	AMP
73	FLUCONAZOL 2 MG/ML C/100ML	500	BOL
74	FOSFATO DISSODICO DE BETAMETASONA 4MG/ML C/1ML	1.500	AMP
75	FUROSEMIDA 10MG/ML C/2ML INJ	4.500	AMP
76	GENTAMICINA 20MG/1ML INJ C/1ML	1.000	AMP
77	GENTAMICINA 80MG/2ML INJ C/2ML	1.000	AMP
78	HEMIFUMARATO DE BISOPROLOL 2,5MG	1.500	COM P
79	HEMIFUMARATO DE BISOPROLOL 5MG	1.500	COM P
80	HEPARINA SODICA 5000UI/ML INJ 5ML	100	AMP
81	HEPARINA SODICA SUBCUT 5000UI/0.25ML	2.000	AMP
82	HIDRALAZINA CLORID 20MG/ML C/1ML INJ	750	AMP
83	HIDROCORTISONA 100MG PO INJ	5.000	AMP
84	HIDROCORTISONA 500MG PO INJ	5.000	AMP
85	IMUNOGLOB HUM ANTI-RH 300MCG/1,5ML IM	100	AMP
86	ISOSSORBIDA DINITRATO SBL 5MG CMP	2.000	COM P
87	LACTULOSE 667MG/ML C/100ML	800	FR
88	LEVOFLOXACINO 750 mg	2.500	COM

Página 16 de 21







Av. Getúlio Vargas - Centro Administrativo Cep: 48.880-000 - Santaluz-BA.

Telefone: 75 3265-2843 <a href="www.santaluz.ba.gov.br">www.santaluz.ba.gov.br</a>

				T	 
			P		
89	LEVOFLOXACINO SOLUÇÃO INJETÁVEL 5MG/ML C/100ML	500	BOLS		
90	LIDOCAINA 2% C/V C/20ML INJ	300	AMP		
91	LIDOCAINA 2% GELEIA 30G	1.000	TB		
92	LIDOCAINA 2% S/V C/20ML INJ	2.500	AMP		
93	LIDOCAINA PESADA 5% C/2ML INJ	200	AMP		
94	LIDOCAINA SPRAY 10% C/50ML	12	FR		
95	MANITOL 20% C/250ML INJ SF	1.000	AMP		
96	MEROPENEM 1G PO INJ	400	AMP		
97	MEROPENEM 500MG PO INJ	400	AMP		
98	METILERGOMETRINA 0.2MG/ML C/1ML INJ	500	AMP		
99	METILPREDNISOLONA ACETATO 40MG/ML C/2ML	250	AMP		
100	METOCLOPRAMIDA 5MG/ML C/2ML INJ	6.000	AMP		
101	METRONIDAZOL 0.5% C/100ML INJ SF G	4.000	AMP		
102	N-ACETILCISTEÍNA 600MG/ENV C/5G	500	SC		
103	NEOSTIGMINA METILSULFATO, 0,5MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL C/1ML	500	AMP		
104	NITAZOXANIDA 20 MG/ML C/100 ML	100	FR		
105	NITAZOXANIDA 500 MG COMP	200	COM P		
106	NIFEDIPINO 20MG C/60 CAPS	2.000	CAP		
107	NISTATINA CREME 100.000 UI/4G - TUBO C/60G	500	TUB O		
108	NITRATO DE PRATA 10MG/ML :SOLUÇÃO OFTÁLMICA C/1ML	50	FR		
109	NITROGLICERINA 5 MG/ML	100	AMP		

Página 17 de 21

CERTIFICAÇÃO DIGITAL SOBRE O CÓDIGO DE CONTROLE: 20122 PMDESANTALUZ/BA - ICP - Controle Pessoal 202200011

# PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTALUZ



Av. Getúlio Vargas - Centro Administrativo Cep: 48.880-000 - Santaluz-BA.

Telefone: 75 3265-2843 <a href="https://www.santaluz.ba.gov.br">www.santaluz.ba.gov.br</a>

•				_	SANTALOZ
	C/ 5ML				
110	NITROPRUSSETO SODIO 50MG INJ+DIL C/2ML	200	AMP		
111	NOREPINEFRINA 8MG/4ML INJ C/4ML	750	AMP		
112	OCTREOTIDA 0,1 MG/ML C/1ML	5	AMP		
113	OMEPRAZOL 40MG IV PO INJ+DIL - 10ML	3.000	FR		
114	ONDANSETRONA 2MG/ML INJ C/4ML	6.000	AMP		
115	OXACILINA SODICA 500MG PO INJ	7.000	AMP		
116	ÓXIDO DE ZINCO + VIT A + D POM C/45G	250	BISN		
117	OXITOCINA 5UI/1ML C/1ML INJ	1.500	AMP		
118	PANTOPRAZOL SÓDICO INJETÁVEL 40MG PÓ C/ DILUENTE 10ML	100	AMP		
119	PANTOPRAZOL 40 mg COMP	2.000	COM P		
120	PAPAINA GEL 10% C/100G	250	POTE		
121	PENICILINA G CRISTALINA 5.000.000UI PO	1.000	AMP		
122	PENTOXIFILINA 20MG/ML C/5ML INJ	1.000	AMP		
123	PIPERACILINA + TAZOBACTAMA, 2G + 250MG PÓ	500	AMP		
124	PIRACETAM 200MG/ML C/5ML INJ	500	AMP		
125	RIVAROXABANA 20MG COMP	3.000	COM P		
126	ROCURÔNIO BROMETO DE, 10MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL C/5ML	200	AMP		
127	SACARATO HIDROX FERRICO 20MG/ML C/5ML IV	100	AMP		
128	SACARATO HIDROX FERRICO IM C/2ML+AGULHA	100	AMP		
129	SACCHAROMYCES	400	CX		
			•		

Página 18 de 21

Este documento foi assinado digitalmente por certificação ICP-BRASIL / Versão eletrônica disponível pelo portal www.indap.org.br





# PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTALUZ



Av. Getúlio Vargas - Centro Administrativo Cep: 48.880-000 - Santaluz-BA. Telefone: 75 3265-2843 www.santaluz.ba.gov.br

	CEREVISIAE INFANTIL				
	C/5ML CAIXA COM 05				
	FLACONETES				
	SACCHAROMYCES,				
	BOULARDII 100MG				
130	LIOFILIZADO CAPSULA.	100	CX		
	CAIXAS COM 12 CASP				
	SULFADIAZINA PRATA 5%				
131		300	PTE		
	400G CREME				
	SULFATO DE NEOMICINA +				
132	BACITRACINA 5MG/G + 250	500	TB		
	UI/G C/10G				
133	SUPOSITORIO GLICERINA	500	UND		
133	2,47G ADULTO	300	UND		
124	SUPOSITORIO GLICERINA	500	LINID		
134	INFANTIL 1,44G	500	UND		
	TENOXICAM 20MG PÓ				
135	LIOFILIZADO PARA	200	AMP		
	SOLUÇÃO INJETAVEL				
	TENOXICAM 40MG PÓ				
136	LIOFILIZADO PARA	200	AMP		
130	SOLUÇÃO INJETAVEL	200	7 11111		
	TERBUTALINA 0.5MG/1ML				
137		100	AMP		
	INJ				
138	TETRACAINA+FENILEFRINA	50	FR		
	1+0,1% 10ML *(C1)				
139	VANCOMICINA CLORID 1G	500	AMP		
137	PO INJ	300	7 11111		
140	VARFARINA SÓDICA 5MG	1.500	COM		
140	VARIARINA SODICA SWO	1.500	P		
1.41	VEDEN 10	1.500	COM		
141	VERTIX 10 mg	1.500	P		
	VITAMINA C 500MG/5ML		<b>1</b>		
142	C/5ML	3.500	AMP		
	VITAMINA COMPLEXO B				
143	C/2ML INJ	4.000	AMP		
144		500	AMP		
	C/1ML INJ IM				
145	VITELINATO DE PRATA	12	FR		
	COLIRIO 10% C/5ML				

3. MÉTODOS E ESTRATÉGIAS DE SUPRIMENTO (LOCAL DE ENTREGA E CRONOGRAMA)

Este documento foi assinado digitalmente por certificação ICP-BRASIL / Versão eletrônica disponível pelo portal www.indap.org.br



#### PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTALUZ-BA



#### PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTALUZ



Av. Getúlio Vargas - Centro Administrativo Cep: 48.880-000 - Santaluz-BA.

Telefone: 75 3265-2843 <a href="www.santaluz.ba.gov.br">www.santaluz.ba.gov.br</a>

O fornecimento será efetuado **de forma parcelada**, com prazo de entrega não superior a **15 (quinze) dias**, contados a partir do recebimento da solicitação do órgão responsável, sempre após a realização da Nota de Empenho ou da assinatura do instrumento de contrato, se for o caso;

Os bens deverão ser entregues na Central de Assistência Farmacêutica, localizada na sede do municipio, no horário das 8:00 as 12:00h e 14:00 as 17:00h;

Os pedidos serão realizados de acordo com a necessidade dos setores, seguindo rigorosamente o prazo de entrega em quantidades solicitadas. Em caso de feriados o fornecedor ou o transportador por ele contratado deverá certificar-se antecipadamente quanto aos feriados locais ou alterações nos horários de expediente;

Os materiais deverão ser entregues embalados, de forma a não ser danificado durante as operações de transporte e descarga no local da entrega.

#### 7. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- 7.1. A Contratada obriga-se a:
- **7.1.1.** Efetuar a entrega dos bens em perfeitas condições, no prazo e local indicados pela Administração, em estrita observância das especificações do Edital e da proposta, acompanhado da respectiva nota fiscal constando detalhadamente as indicações da marca,

fabricante, modelo, tipo, procedência e prazo de garantia;

- **7.1.1.1.** Os bens devem estar acompanhados, ainda, quando for o caso, do manual;
- do usuário, com uma versão em português, e da relação da rede de assistência técnica autorizada;
- **7.1.2.** Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do produto, de acordo com os artigos 12, 13, 18 e 26, do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078, de 1990);
- **7.1.2.1.** O dever previsto no subitem anterior implica na obrigação de, a critério da Administração, substituir, reparar, corrigir, remover, ou reconstruir, às suas expensas, no prazo máximo de 05 (cinco) (dias), o produto com avarias ou defeitos;
- **7.1.3.** Atender prontamente a quaisquer exigências da Administração, inerentes ao objeto da presente licitação:
- **7.1.4.** Comunicar à Administração, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas que antecede a data da entrega, os motivos que impossibilitem o cumprimento do prazo previsto, com a devida comprovação.

#### 8. DA SUBCONTRATAÇÃO

8.1. Não será admitida a subcontratação do objeto licitatório.

#### 9. DO PAGAMENTO:

- 9.1. O pagamento será realizado no prazo máximo de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da Nota Fiscal ou Fatura, através de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo contratado;
- 9.2. Os pagamentos decorrentes de despesas cujos valores não ultrapassem o limite de R\$ 17.600,00 (dezessete mil e seiscentos), deverão ser efetuados no prazo de até 5 (cinco) dias úteis, contados da data da apresentação da Nota Fiscal, nos termos do art. 5°, § 3°, da Lei n° 8.666, de 1993;
- 9.3. Considera-se ocorrido o recebimento da nota fiscal ou fatura no momento em que o órgão contratante atestar a execução do objeto do contrato;
- 9.4. A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal, mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais ou à documentação mencionada no art. 29 da Lei nº 8.666, de 1993;

Página 20 de 21



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTALUZ



Av. Getúlio Vargas - Centro Administrativo Cep: 48.880-000 - Santaluz-BA.

Telefone: 75 3265-2843 <a href="www.santaluz.ba.gov.br">www.santaluz.ba.gov.br</a>

- 9.5. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal ou dos documentos pertinentes à contratação, ou, ainda, circunstância que impeça a liquidação da despesa, como, por exemplo, obrigação financeira pendente, decorrente de penalidade imposta ou inadimplência, o pagamento ficará sobrestado até que a Contratada providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a Contratante;
- 9.6. Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento;
- 9.7. Antes de cada pagamento à contratada, será verificada a manutenção das condições de habilitação exigidas no edital;
- 9.8. Constatando-se, a situação de irregularidade da contratada, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério da contratante;
- 9.9. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável;
- 9.9.1. A Contratada regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 2006, não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime. No entanto, o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação, por meio de documento oficial, de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na referida Lei Complementar.

A validade da proposta é de 60 (sessenta) di
--

Santaluz – BA, 03	3 de <b>maio</b> de <b>2022</b>
-------------------	---------------------------------

\_\_\_\_\_

certificacão digital Sobre o código de controle: 20122 PadeSantaluz/Ba - ICP - Controle Pessoal 20220001 1