



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE GUAÍRA/SP  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ/MF nº 48.344.014/0001-59

secretaria@guaira.sp.gov.br

www.guaira.sp.gov.br



Guairá/SP, 04 de Maio de 2022.

*Ofício SMS A nº: 139/2022*

Encaminhamos este, para nos termos da legislação vigente, ser realizada a aquisição do seguinte objeto:

| DESCRIPTIVO                    |   |
|--------------------------------|---|
| Órgão Solicitante              | Secretaria Municipal de Saúde – ORDEM JUDICIAL  |
| Justificativa/Finalidade       | Aquisição de medicamento em <b>caráter emergencial</b> para atender ao Processo Judicial nº 1000391-21.2022.8.26.0210. Informo que o prazo estabelecido para a <b>aquisição e entrega ao autor é de até 30/05/2022.</b><br><b>Obs: já foi solicitado prazo de prorrogação porém sem resposta.</b> |
| Objeto                         | Medicamento   |
|                                | Declaramos que o objeto a ser licitado está suficientemente descrito conforme anexo, para a formulação da proposta pertinente e consequente satisfação da Administração, não havendo, salvo melhor juízo, características restritivas que possa a dificultar a ampla concorrência.                |
| Especificações de Prazos       | <b>VIGÊNCIA: 25 DIAS</b>  |
| Local de Entrega               | Farmácia Municipal (Av.: 31, 959 – Jardim Paulista)   |
| Entrega Parcelada              | A entrega deverá ser realizada em até 27/05/2022, tendo em visto o prazo estipulado da ordem judicial.  |
| Dotação Orçamentária           | Ficha 490   |
| Origem do Recurso              | TESOURO.  |
| Indicação do Gestor Contratual | Suzel Cristina Pereira Gomes, CPF: 288.535.918-89   |



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE GUAÍRA/SP**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

CNPJ/MF nº 48.344.014/0001-59

secretaria@guaira.sp.gov.br

www.guaira.sp.gov.br

CIDADE PARTICIPANTE

PROGRAMA  
CIDADES  
SUSTENTÁVEIS

03  
A

Quantidade Total

Quantidades citadas no termo de referência

## TERMO DE REFERÊNCIA

### 1. OBJETO

| ITEM | DESCRIÇÃO             | APRESENTAÇÃO | QUANTIDADE |
|------|-----------------------|--------------|------------|
| 01   | Dupilumabe 300 mg *** | Un.          | 04         |

\*\*\*Medicamento da marca de referência, não podendo ser Genérico.

Em \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_,  
recebi o presente.

*Departamento de Compras*

  
**Fernando dos Santos**

*Chefe do Departamento de Administração do Sistema de Saúde*