

Estudo Técnico Preliminar 415/2024

1. Informações Básicas

Número do processo:

2. Descrição da necessidade

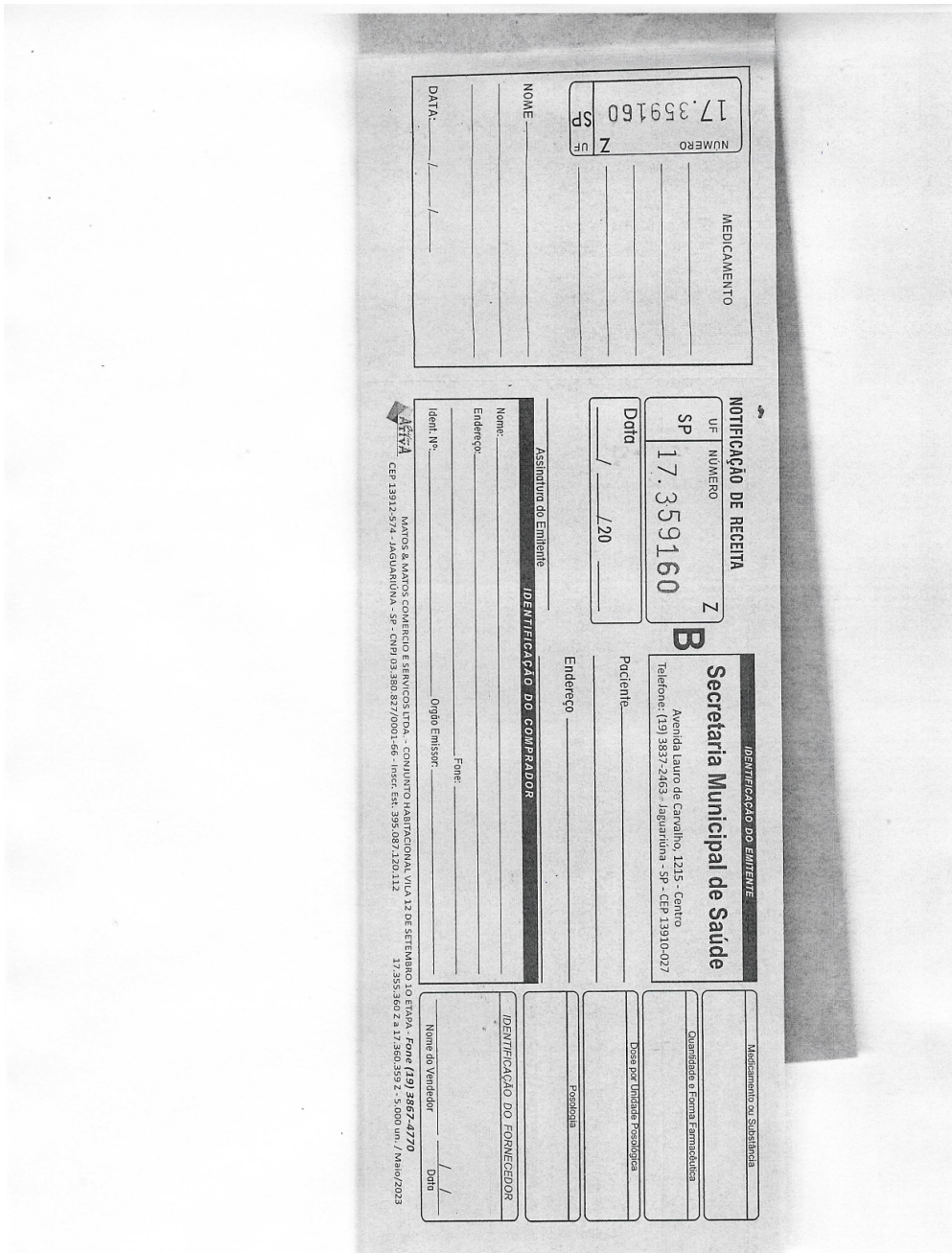
No artigo 35, da Portaria 344/98 da Anvisa fica estabelecido que a notificação de receita azul deve acompanhar a prescrição médica, para autorizar a dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas B1 (Psicotrópicas).

Sem essa notificação os médicos não podem prescrever medicamentos Psicotrópicos e as farmácias, tanto as públicas quanto as particulares não podem dispensar e/ou vender medicamentos dessa classe terapêutica.

3. Área requisitante

Área Requisitante	Responsável
Departamento de Assistência Farmacêutica	Daniela Cristina da Silva Norberto

4. Descrição dos Requisitos da Contratação



-100 blocos, com 50 folhas cada de notificação de receita azul, com as seguintes numerações: **17.380.811Z à 17.386.200Z**

-100 blocos, com 50 folhas cada de notificação de receita azul, com as seguintes numerações:

17.994.501C1 à 17.999.110C1.

As folhas devem ser confeccionadas conforme modelo em anexo. Somente a numeração das folhas que será diferente.

Os blocos deverão ser entregues no Controle Físico: na rua Alfredo Engler 219, Centro, Jaguariúna – SP.

Das 07:30 hs às 11:30 hs e das 13:00 hs às 15:45 hs.

O pagamento será após 28 dias da emissão da nota fiscal.

Prazo de entrega para 15 dias;

5. Levantamento de Mercado

Não se aplica.

6. Descrição da solução como um todo

Compra por dispensa de licitação.

7. Estimativa das Quantidades a serem Contratadas

-100 blocos, com 50 folhas cada de notificação de receita azul, com as seguintes numerações: **17.380.811Z à 17.386.200Z**

-100 blocos, com 50 folhas cada de notificação de receita azul, com as seguintes numerações:

17.994.501C1 à 17.999.110C1.

8. Estimativa do Valor da Contratação

Valor (R\$): 962,96

COTAÇÃO BASEADA EM 3 ORÇAMENTOS (SEM PREÇO PÚBLICO) JUSTIFICATIVA EM ANEXO

9. Justificativa para o Parcelamento ou não da Solução

Os blocos devem ser entregues após 20 dias do contato com o solicitante.

10. Contratações Correlatas e/ou Interdependentes

Não existe contratação correlata.

11. Alinhamento entre a Contratação e o Planejamento

O pedido será encaminhado para viabilidade orçamentária.

12. Benefícios a serem alcançados com a contratação

Fornecer os talonários confeccionados para os médicos da rede municipal de Saúde, para que possam quando necessário prescrever medicamentos a base de substâncias Psicotrópicas ais pacientes.

E que os pacientes com a prescrição juntamente com a notificação de receita azul possam retirar suas medicações na rede municipal de Saúde ou comprar sua medicação nas Drogarias.

13. Providências a serem Adotadas

O futuro contrato será acompanhado pelo solicitante

14. Possíveis Impactos Ambientais

Sem efeito

15. Declaração de Viabilidade

Esta equipe de planejamento declara **viável** esta contratação.

15.1. Justificativa da Viabilidade

Essa equipe de planejamento declara viável esta contratação

Todos requisitos estabelecidos em Lei para esta contratação se aplicam

16. Responsáveis

Todas as assinaturas eletrônicas seguem o horário oficial de Brasília e fundamentam-se no §3º do Art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Despacho: Rua Alfredo Engler, 219 - Centro Jaguariúna - SP

DANIELA CRISTINA DA SILVA NORBERTO

Farmacêutica

Lista de Anexos

Atenção: Apenas arquivos nos formatos ".pdf", ".txt", ".jpg", ".jpeg", ".gif" e ".png" enumerados abaixo são anexados diretamente a este documento.

- Anexo I - RECEITUARIO AZUL_pages-to-jpg-0001.pdf (170.8 KB)

Anexo I - RECEITUARIO AZUL_pages-to-jpg-0001.pdf

MEDICAMENTO

NUMERO 17.359160
Z UF SP

NOME _____

DATA: ____/____/____

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF NÚMERO Z
SP 17.359160

Data ____/____/20____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Secretaria Municipal de Saúde

Avenida Lauro de Carvalho, 1215 - Centro
Telefone: (19) 3837-2463 - Jaguariúna - SP - CEP 13910-027

Paciente _____

Endereço _____

Assinatura do Emissor

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Endereço: _____
Fone: _____
Ident. Nº: _____
Órgão Emissor: _____

Medicamento ou Substância

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor _____

Data ____/____/____



MATOS & MATOS COMERCIO E SERVICOS LTDA. - CONJUNTO HABITACIONAL VILA 12 DE SETEMBRO, 10 ETAPA - Fone (19) 3867-4770
CEP 13912-574 - JAGUARUNA - SP - CNPJ 03.380.827/0001-66 - Inscr. Est. 395.087.120.112

17.355.360 Z a 17.360.359 Z - 5.000 un. / Maio/2023