



Prefeitura do Município de Volta Redonda
Serviço Autônomo Hospitalar

DE: FARMÁCIA HOSPITALAR

PARA: COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO – CPL

ASSUNTO: PARECER TÉCNICO – ANÁLISE DE PROPOSTA COMERCIAL (SEI Nº 01896142)

PROCESSO Nº VR-02.051.00001744/2026 – SAH/HSJB

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90040/2026 – SRP Nº 00064/2026

Prezados(as),

Em atendimento à solicitação dessa Comissão Permanente de Licitação, procedemos à análise técnica da **Proposta Comercial (SEI nº 01896142)** apresentada pela empresa **CME COMÉRCIO E IMPORTAÇÃO HOSPITALAR LTDA - ME**, classificada provisoriamente em **2º lugar** para o **Item 02**, conforme procedimento licitatório realizado neste processo.

A avaliação foi realizada com base nas especificações técnicas constantes no Termo de Referência, considerando apresentação, concentração, forma farmacêutica, fabricante, regularização sanitária e compatibilidade dos produtos ofertados com a finalidade assistencial prevista para uso hospitalar.

Conclusão Técnica

Item	Descrição	Marca/Fabricante	Parecer
02	Gliconato de Clorexidina 0,12% Enxaguatório Oral Frasco 250 mL	Prolink – Septhex	Aprovado

Justificativa

O produto ofertado para o **Item 02 – Gliconato de Clorexidina 0,12% Enxaguatório Bucal Frasco 250 mL**, marca **Septhex**, fabricante **Prolink**, foi analisado quanto às especificações técnicas previstas no Termo de Referência.

Verificou-se que o produto atende à concentração e apresentação exigidas, sendo composto por **Gliconato de Clorexidina 0,12%**, indicado para antissepsia da cavidade bucal, com ação na redução da carga microbiana e prevenção da formação de placa bacteriana, sendo compatível com a finalidade assistencial prevista para utilização hospitalar.

O produto encontra-se devidamente regularizado perante a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, sob **Processo Administrativo de Cosmetovigilância nº 25351.324850/2024-27**, por meio de **Notificação Simplificada**, com comercialização autorizada em território nacional.

Após análise da documentação técnica e da regularização sanitária vigente, conclui-se que o produto ofertado atende integralmente às exigências estabelecidas no Termo de Referência, não sendo identificadas inconformidades que impeçam sua utilização no âmbito hospitalar.

Dessa forma, o **Item 02 fica APROVADO**.

Parecer Final

FAVORAVELMENTE à aprovação do **Item 02**, por atender às especificações constantes no Termo de Referência.



Documento assinado eletronicamente por **Graciele Fátima da Silva Medeiros, Farmacêutica**, em 01/07/2026, às 23:01, conforme Art. 14, do Decreto Municipal 18.101/2023.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://voltairedonda.sei.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **01946575** e o código CRC **F1F09A00**.

Referência: Processo nº VR-02.051-00001744/2026

SEI nº 01946575

Rua Nossa Senhora das Graças, Nº235, Hospital São João Batista - Bairro São Geraldo, Volta Redonda/RJ,
CEP 27253-610

Telefone: - www.hsjb.org.br



Prefeitura do Município de Volta Redonda
Serviço Autônomo Hospitalar

DE: FARMÁCIA HOSPITALAR

PARA: COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO – CPL

ASSUNTO: PARECER TÉCNICO – ANÁLISE DE PROPOSTA COMERCIAL (SEI Nº 01895866)

PROCESSO Nº VR-02.051.00001744/2026 – SAH/HSJB

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90040/2026 – SRP Nº 00064/2026

Prezados(as),

Em atendimento à solicitação dessa Comissão Permanente de Licitação, procedemos à análise técnica da **Proposta Comercial (SEI nº 01895866)** apresentada pela empresa **SMART PHARMA DISTRIBUIDORA E IMPORTADORA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE LTDA.**, inscrita no CNPJ nº **59.637.555/0001-91**, classificada provisoriamente em primeiro lugar para os itens abaixo relacionados.

A avaliação foi realizada com base nas especificações técnicas constantes no Termo de Referência, considerando apresentação, concentração, forma farmacêutica, fabricante, regularização sanitária e compatibilidade dos produtos ofertados com a finalidade assistencial prevista para uso hospitalar.

Conclusão Técnica

Item	Descrição	Marca/Fabricante	Parecer
01	Acetilcisteína 40 mg/mL Xarope Frasco 120 mL	Airela	Aprovado
03	Dipirona 500 mg/mL Solução Oral Frasco 10 mL	Airela	Aprovado
07	Fosfato de Sódio Monobásico 0,16 g + Fosfato de Sódio Dibásico 0,6 g/mL Frasco 130 mL	Airela	Aprovado
11	Loção Oleosa à Base de Ácidos Graxos Essenciais 200 mL	Nutriex	Aprovado
12	Nistatina 100.000 UI/mL Suspensão Oral Frasco 50 mL	Prati-Donaduzzi	Aprovado
13	Óleo Mineral 100% Frasco 100 mL	Airela	Aprovado
14	Paracetamol 200 mg/mL Solução Oral Frasco 15 mL	Airela	Aprovado
16	Simeticona 75 mg/mL Solução Oral Gotas Frasco 15 mL	Airela	Aprovado
17	Sulfato Ferroso 25 mg/mL de Ferro II Solução Oral Gotas Frasco 30 mL	Airela	Aprovado

Justificativa

Após análise da documentação técnica, dos registros sanitários vigentes e das especificações dos produtos ofertados, verificou-se que todos os itens atendem às exigências estabelecidas no Termo de Referência quanto à apresentação, concentração, forma farmacêutica, fabricante e regularização sanitária.

Os medicamentos e produtos ofertados apresentam características compatíveis com as especificações do edital, não sendo identificadas inconformidades técnicas que impeçam sua utilização no âmbito hospitalar.

Em relação ao **Item 11 – Loção Oleosa à Base de Ácidos Graxos Essenciais 200 mL**, marca **Nutriex**, verificou-se que o produto possui regularização sanitária compatível com sua finalidade de uso, atendendo às especificações técnicas previstas para o objeto licitado.

Dessa forma, esta Coordenação de Farmácia conclui que os produtos ofertados atendem às necessidades assistenciais desta instituição, não havendo óbice técnico à sua aprovação.

Parecer Final

Após análise da documentação e das especificações apresentadas, esta Coordenação de Farmácia manifesta-se:

FAVORAVELMENTE à aprovação dos itens **01, 03, 07, 11, 12, 13, 14, 16 e 17.**

Diante do exposto, **não há óbice técnico para adjudicação dos itens aprovados**, podendo o processo prosseguir conforme os procedimentos previstos no edital e na legislação vigente.

Atenciosamente,



Documento assinado eletronicamente por **Graciele Fátima da Silva Medeiros, Farmacêutica**, em 01/07/2026, às 22:45, conforme Art. 14, do Decreto Municipal 18.101/2023.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://voltaeredonda.sei.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **01946574** e o código CRC **E78FE1BA**.

Referência: Processo nº VR-02.051-00001744/2026

SEI nº 01946574

Rua Nossa Senhora das Graças, Nº235, Hospital São João Batista - Bairro São Geraldo, Volta Redonda/RJ,
CEP 27253-610

Telefone: - www.hsjb.org.br



Prefeitura do Município de Volta Redonda
Serviço Autônomo Hospitalar

DE: FARMÁCIA HOSPITALAR
PARA: COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO – CPL
ASSUNTO: PARECER TÉCNICO – ANÁLISE DE PROPOSTA COMERCIAL (SEI Nº 01800616)
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 02.051.00002249/2026
PREGÃO ELETRÔNICO SRP Nº 90040/2026

Prezados(as),

Em atendimento à solicitação dessa Comissão Permanente de Licitação, procedemos à análise técnica da Proposta Comercial (SEI nº 01800616) apresentada pela empresa **SMART PHARMA DISTRIBUIDORA E IMPORTADORA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE LTDA., CNPJ nº 59.637.555/0001-91**, classificada provisoriamente em primeiro lugar para os itens abaixo relacionados.

A avaliação foi realizada com base nas especificações técnicas constantes no Termo de Referência, considerando apresentação, concentração, forma farmacêutica, fabricante, regularização sanitária e compatibilidade dos produtos ofertados com a finalidade assistencial prevista para uso hospitalar.

Conclusão Técnica

Item	Descrição	Marca/Fabricante	Parecer
02	Clorexidina Gluconato 0,12% Enxaguatório Oral 250 mL	Indalabor	Reprovado
03	Dipirona 500 mg/mL Frasco 10 mL	Airela	Aprovado
07	Fosfato de Sódio Monobásico 0,16 g + Fosfato de Sódio Dibásico 0,6 g/mL Frasco 130 mL	Airela	Aprovado
10	Lactulose 667 mg/mL Frasco 120 mL	Mayben	Reprovado
12	Nistatina 100.000 UI/mL Frasco 50 mL	Prati-Donaduzzi	Aprovado
13	Óleo Mineral 100% Frasco 100 mL	Airela	Aprovado
14	Paracetamol 200 mg/mL Frasco 15 mL	Airela	Aprovado
16	Simeticona 75 mg/mL Frasco 15 mL	Airela	Aprovado
17	Sulfato Ferroso 125 mg/mL Frasco 30 mL	Airela	Aprovado

Justificativa da Reprovação do Item 02

O produto ofertado para o Item 02 (Clorexidina Gluconato 0,12% Enxaguatório Oral 250 mL) apresenta regularização sanitária como produto de higiene/cosmético de uso bucal.

Entretanto, a demanda institucional contempla utilização em pacientes críticos internados, incluindo pacientes submetidos à ventilação mecânica, nos quais a Clorexidina 0,12% é utilizada como medida de prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM).

Para esta finalidade clínica específica, faz-se necessária a apresentação de produto devidamente regularizado para uso terapêutico, com controle sanitário compatível com a utilização em ambiente hospitalar de alta complexidade. Considerando que o produto ofertado não atende integralmente

à finalidade assistencial prevista para o item, esta Coordenação de Farmácia conclui pela sua reprovação técnica.

Dessa forma, o Item 02 fica REPROVADO.

Justificativa da Reprovação do Item 10

O produto ofertado para o Item 10 (Lactulose 667 mg/mL Frasco 120 mL), fabricado pela empresa Mayben Pharmaceutical Ltda., foi analisado à luz das recentes medidas sanitárias publicadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

Considerando a publicação da Resolução-RE nº 2.129, de 26 de maio de 2026, que determinou medidas restritivas e recolhimento de produtos fabricados pela empresa Mayben Pharmaceutical Ltda., esta Coordenação de Farmácia entende não haver segurança técnica suficiente para aprovação do produto ofertado, em observância ao princípio da precaução e à segurança dos pacientes atendidos por esta instituição.

Dessa forma, o Item 10 fica REPROVADO.

Parecer Final

Após análise da documentação e das especificações apresentadas, esta Coordenação de Farmácia manifesta-se:

- **FAVORAVELMENTE à aprovação dos itens 03, 07, 12, 13, 14, 16 e 17;**
- **DESAVORAVELMENTE à aprovação dos itens 02 e 10.**

Diante do exposto, não há óbice técnico para adjudicação dos itens aprovados, devendo os itens reprovados seguir os procedimentos previstos no edital e na legislação vigente.

Atenciosamente,

Coordenação de Farmácia Hospitalar

Referência: Processo Administrativo nº 02.051.00002249/2026



Documento assinado eletronicamente por **Graciele Fátima da Silva Medeiros, Farmacêutica**, em 01/06/2026, às 17:11, conforme Art. 14, do Decreto Municipal 18.101/2023.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://voltaredonda.sei.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **01834214** e o código CRC **5CBAE52A**.



Prefeitura do Município de Volta Redonda
Serviço Autônomo Hospitalar

DE: FARMÁCIA HOSPITALAR

PARA: COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO – CPL

ASSUNTO: PARECER TÉCNICO – ANÁLISE DE PROPOSTA COMERCIAL (SEI Nº 01800457)

PROCESSO Nº VR-02.051.00001744/2026 – SAH/HSJB

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90040/2026 – SRP Nº 00064/2026

Prezados(as),

Em atendimento à solicitação dessa Comissão Permanente de Licitação, procedemos à análise técnica da Proposta Comercial (SEI nº 01800457) apresentada pela empresa **CLM FARMA COMÉRCIO E DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA., CNPJ nº 40.274.237/0001-85**, classificada provisoriamente em primeiro lugar para os itens abaixo relacionados.

A avaliação foi realizada com base nas especificações técnicas constantes no Termo de Referência, considerando apresentação, concentração, forma farmacêutica, fabricante, regularização sanitária e compatibilidade dos produtos ofertados com a finalidade assistencial prevista para uso hospitalar.

Conclusão Técnica

Item	Descrição	Marca/Fabricante	Registro ANVISA	Parecer
01	Acetilcisteína 40 mg/mL Xarope 120 mL	Mayben	Notificação Simplificada	Reprovado
05	Ibuprofeno 50 mg/mL Frasco 30 mL	Geolab	1542303070024	Aprovado
08	Prednisolona Fosfato Sódico 3 mg/mL Frasco 60 mL	Hipolabor	1134301840012	Aprovado
09	Brometo de Ipratrópio 0,25 mg/mL Frasco 20 mL	Prati-Donaduzzi	1256800900018	Aprovado
11	Loção Oleosa à Base de Ácidos Graxos Essenciais 200 mL	Troll	Notificação Simplificada	Reprovado
15	Permetrina 1% Frasco 60 mL	IFAL	1353100020025	Aprovado
19	Lidocaína Spray 100 mg/mL Frasco 50 mL	Cristália	1029803570108	Aprovado

Justificativa da Reprovação do Item 01

O produto ofertado para o Item 01 é fabricado pela empresa Mayben Pharmaceutical Ltda. Considerando a publicação da Resolução-RE nº 2.129, de 26 de maio de 2026, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que determinou medidas sanitárias em desfavor da fabricante em razão de irregularidades constatadas durante inspeção sanitária, esta Coordenação de Farmácia entende não haver segurança técnica suficiente para aprovação do produto ofertado.

Dessa forma, o Item 01 fica REPROVADO.

Justificativa da Reprovação do Item 11

O produto ofertado para o Item 11 (Loção Oleosa à Base de Ácidos Graxos Essenciais 200 mL – Marca Troll) apresenta regularização sanitária na categoria de Notificação Simplificada, enquadrando-se como Cosmético Grau 1.

Entretanto, a necessidade institucional prevista para este item contempla utilização em ambiente hospitalar para prevenção de lesões por pressão e cuidados com pacientes de alta complexidade, exigindo produto devidamente regularizado para essa finalidade assistencial.

Considerando que produtos classificados como cosméticos possuem indicação para utilização em pele íntegra e não apresentam comprovação regulatória específica para tratamento de feridas, cicatrização tecidual ou uso em lesões abertas, conclui-se que o produto ofertado não atende integralmente à finalidade terapêutica exigida para o atendimento das necessidades assistenciais desta unidade hospitalar.

Dessa forma, o Item 11 fica REPROVADO por não atender aos requisitos técnicos necessários para o uso pretendido.

Parecer Final

Após análise da documentação e das especificações apresentadas, esta Coordenação de Farmácia manifesta-se:

- FAVORAVELMENTE à aprovação dos itens 05, 08, 09, 15 e 19;
- DESFAVORAVELMENTE à aprovação dos itens 01 e 11.

Diante do exposto, não há óbice técnico para adjudicação dos itens aprovados, devendo os itens reprovados seguir os procedimentos previstos no edital e na legislação vigente.

Atenciosamente,

DE: FARMÁCIA HOSPITALAR

PARA: COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO – CPL

ASSUNTO: PARECER TÉCNICO – ANÁLISE DE PROPOSTA COMERCIAL (SEI Nº 01800616)

PROCESSO Nº VR-02.051.00001744/2026 – SAH/HSJB

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90040/2026 – SRP Nº 00064/2026

Prezados(as),

Em atendimento à solicitação dessa Comissão Permanente de Licitação, procedemos à análise técnica da Proposta Comercial (SEI nº 01800616) apresentada pela empresa **SMART PHARMA DISTRIBUIDORA E IMPORTADORA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE LTDA., CNPJ nº 59.637.555/0001-91**, classificada provisoriamente em primeiro lugar para os itens abaixo relacionados.

A avaliação foi realizada com base nas especificações técnicas constantes no Termo de Referência, considerando apresentação, concentração, forma farmacêutica, fabricante, regularização sanitária e compatibilidade dos produtos ofertados com a finalidade assistencial prevista para uso hospitalar.

Conclusão Técnica

Item	Descrição	Marca/Fabricante	Parecer
02	Clorexidina Gluconato 0,12% Enxaguatório Oral 250 mL	Indalabor	Reprovado
03	Dipirona 500 mg/mL Frasco 10 mL	Airela	Aprovado
07	Fosfato de Sódio Monobásico 0,16 g + Fosfato de Sódio Dibásico 0,6 g/mL Frasco 130 mL	Airela	Aprovado
10	Lactulose 667 mg/mL Frasco 120 mL	Mayben	Reprovado

Item	Descrição	Marca/Fabricante	Parecer
12	Nistatina 100.000 UI/mL Frasco 50 mL	Prati-Donaduzzi	Aprovado
13	Óleo Mineral 100% Frasco 100 mL	Airela	Aprovado
14	Paracetamol 200 mg/mL Frasco 15 mL	Airela	Aprovado
16	Simeticona 75 mg/mL Frasco 15 mL	Airela	Aprovado
17	Sulfato Ferroso 125 mg/mL Frasco 30 mL	Airela	Aprovado

Justificativa da Reprovação do Item 02

O produto ofertado para o Item 02 (Clorexidina Gluconato 0,12% Enxaguatório Oral 250 mL) apresenta regularização sanitária como produto de higiene/cosmético de uso bucal.

Entretanto, a demanda institucional contempla utilização em pacientes críticos internados, incluindo pacientes submetidos à ventilação mecânica, nos quais a Clorexidina 0,12% é utilizada como medida de prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM).

Para esta finalidade clínica específica, faz-se necessária a apresentação de produto devidamente regularizado para uso terapêutico, com controle sanitário compatível com a utilização em ambiente hospitalar de alta complexidade. Considerando que o produto ofertado não atende integralmente à finalidade assistencial prevista para o item, esta Coordenação de Farmácia conclui pela sua reprovação técnica.

Dessa forma, o Item 02 fica REPROVADO.

Justificativa da Reprovação do Item 10

O produto ofertado para o Item 10 (Lactulose 667 mg/mL Frasco 120 mL), fabricado pela empresa Mayben Pharmaceutical Ltda., foi analisado à luz das recentes medidas sanitárias publicadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

Considerando a publicação da Resolução-RE nº 2.129, de 26 de maio de 2026, que determinou medidas restritivas e recolhimento de produtos fabricados pela empresa Mayben Pharmaceutical Ltda., esta Coordenação de Farmácia entende não haver segurança técnica suficiente para aprovação do produto ofertado, em observância ao princípio da precaução e à segurança dos pacientes atendidos por esta instituição.

Dessa forma, o Item 10 fica REPROVADO.

Parecer Final

Após análise da documentação e das especificações apresentadas, esta Coordenação de Farmácia manifesta-se:

- FAVORAVELMENTE à aprovação dos itens 03, 07, 12, 13, 14, 16 e 17;
- DESFAVORAVELMENTE à aprovação dos itens 02 e 10.

Diante do exposto, não há óbice técnico para adjudicação dos itens aprovados, devendo os itens reprovados seguir os procedimentos previstos no edital e na legislação vigente.

Atenciosamente,



Documento assinado eletronicamente por **Graciele Fátima da Silva Medeiros, Farmacêutica**, em 15/06/2026, às 22:47, conforme Art. 14, do Decreto Municipal 18.101/2023.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://voltaaredonda.sei.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **01834064** e o código CRC **7DF6A989**.

Referência: Processo nº VR-02.051-00001744/2026

SEI nº 01834064

Rua Nossa Senhora das Graças, N°235, Hospital São João Batista - Bairro São Geraldo, Volta Redonda/RJ,
CEP 27253-610

Telefone: - www.hsjb.org.br