



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FARMÁCIA MUNICIPAL

TERMO DE REFERÊNCIA

1. JUSTIFICATIVA

O presente Termo de Referência tem como objetivo a aquisição imediata dos medicamentos descritos abaixo para atendimento as ordens judiciais na farmácia municipal.

Item	Medicamento	Quantidade p 6 meses
01	ARTOFLAN 150 MG	720
02	PARACETAMOL + TRAMADOL 325 + 37,5 MG	360

2. OBJETO

Aquisição imediata dos medicamentos descritos no item 1, para atendimento a farmácia municipal

OBS.: Para efeito deste instrumento, medicamento será definido como **PRODUTOS** e Fundo Municipal de Saúde como **FMS**.

3. MODALIDADE E TIPO DE LICITAÇÃO

Os produtos a serem adquiridos se enquadram no conceito de “bens comuns”, estabelecido no art. 1º, parágrafo único, da Lei Federal n.º 10.520/02. Considerando que suas especificações são padronizadas.

4. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO

O medicamento solicitado deverá ser entregue mediante solicitação do almoxarifado com Autorização de Fornecimento e nota de empenho, com prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados da sua emissão.

4.1 No ato da entrega, o produto deverá estar acompanhado da Nota Fiscal Eletrônica, em 02 (duas) vias, emitida nos termos da legislação em vigor.

4.2 Executado a entrega, o seu objeto será recebido na forma prevista no art. 73 da Lei nº 8666/93, sendo provisoriamente, para efeito de posterior verificação da conformidade dos produtos com a especificação e definitivamente, após a verificação da sua qualidade e quantidade, e consequente aceitação.

4.3 A VALIDADE DOS MEDICAMENTOS DEVERÁ SER DE NO MINIMO 1.6 MESES DA DATA DE ENTREGA.

- 4.4 Poderá o fornecedor entrar em contato com a Farmácia Municipal pelo e-mail – farmaciajudiciais@outlook.com ou pelo telefone 24- 2224 2219, caso seja necessário entregar o medicamento com validade menor, para receber autorização de fornecimento.

5. DA FISCALIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

- 5.1 A **CONTRATADA** ficará sujeita a mais ampla e irrestrita fiscalização, obrigando-se a prestar todos os esclarecimentos por ventura requeridos pela **farmácia Municipal**, cabendo a esta, o acompanhamento total ou parcial da entrega dos Produtos, objeto deste Termo de Referência, podendo sustar, recusar, mandar trocar qualquer produto que não esteja de acordo com as condições e exigências recomendadas.
- 5.2 O fiscal da presente solicitação será WESLEY PACHECO ROCHA, mat. 3713, cargo FARMACÊUTICO.

6. DO LOCAL E HORÁRIO PARA ENTREGA

Os produtos serão entregues no **almoxarifado**, rua Coronel Francisco Limongi, 153, Estação, São José do Vale do Rio Preto – RJ no horário de 09:30 às 16:00 horas.

- 6.1 Caso a empresa encontre dificuldades para realizar a entrega dos produtos durante o horário estabelecido, esta deverá entrar em contato com o setor de compras pelo telefone **(24) 2224-7036** a fim de solucionar o ocorrido.
- 6.2 A entrega dos produtos não poderá ser realizada em outro setor da Secretaria Municipal de Saúde quicá da Prefeitura Municipal sem a prévia autorização Setor de almoxarifado, sendo responsabilidade exclusiva do fornecedor qualquer problema relacionado ao mesmo.

7. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO.

- 10.1 Qualquer pagamento só será efetuado se na Nota Fiscal/Fatura constar o atestado de recebimento do Secretário de Saúde de outro servidor designado pela Secretaria.
- 10.2 O pagamento será efetuado através de crédito em conta corrente do fornecedor e ocorrerá, após o adimplemento da obrigação, em 30 (trinta) dias.
- 10.3 Na eventualidade de aplicação de multas, estas deverão ser liquidadas simultaneamente com parcela vinculada ao evento cujo descumprimento der origem à aplicação da penalidade.
- 10.4 Nenhum pagamento será efetuado ao proponente vencedor enquanto pendente de liquidação quaisquer obrigações financeiras que lhe foram impostas, em virtude de penalidade ou inadimplência, sem que isso gere direito ao pleito de reajustamento de preços ou correção monetária.