



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ VALE RIO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FARMACIA MUNICIPAL



TERMO DE REFERÊNCIA

1. JUSTIFICATIVA

O presente Termo de Referência tem como objetivo a aquisição imediata do medicamento descrito abaixo para atendimento do processo da judicialização, tendo em vista ser importante para a manutenção da vida do paciente.

Item	Medicamento	Quantidade
01	SUNITINIBE 50 MG	168 COMP

2. OBJETO

Aquisição do medicamento se dará de forma parcelada e contratualizada conforme item 1 e 3.

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

3. DA CONTRATUALIZAÇÃO DO FORNECIMENTO.

A REFERIDA SOLICITAÇÃO DEVERÁ SER CONTRATUALIZADA, AFIM DE GARANTIR QUE SEJAM ENTREGUES EM PARCELAS DE 56 COMPRIMIDOS MENSAIS, A SER SOLICITADO DE DOIS EM DOIS MESES MEDIANTE A SOLICITAÇÃO DO SETOR DE ALMOXARIFADO, CONFORME NECESSIDADE DA FARMÁCIA MUNICIPAL. O SALDO DO EMPENHO PODERÁ SER UTILIZADO O QUANTITATIVO TOTAL OU NÃO, CANCELANDO O SALDO QUE POR VENTURA FICAR REMANESCENTE.

4. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO

Os produtos serão entregues de acordo com o solicitado pela farmácia/almoхарifado mediante Autorização de Fornecimento e nota de empenho, conforme estipulado em contrato e respeitando o item 3 deste termo.

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.

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 pelo **almoхарifado**, 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.

6. O fiscal da presente solicitação será WESLEY PACHECO ROCHA, mat. 3713, cargo FARMACÊUTICO

7. DO LOCAL E HORÁRIO PARA ENTREGA

5.2 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.

5.3 Caso a empresa encontre dificuldades para realizar a entrega dos produtos durante o horário estabelecido, esta deverá entrar em contato com o setor de almoxarifado pelo telefone **(24) 2224-7194** a fim de solucionar o ocorrido

5.4 A entrega dos produtos não poderá ser realizada em outro setor da Secretaria Municipal de Saúde quiçá da Prefeitura Municipal sem a prévia autorização Setor de almoxarifado, sendo responsabilidade exclusiva do fornecedor qualquer problema relacionado ao mesmo.

6. DAS OBRIGAÇÕES DA EMPRESA.

Realizar a entregar o produto dentro do prazo de validade estipulado **em item 3.2**, salvo em casos excepcionais, que deverá entrar em contato com a farmácia municipal, telefone 24-22242219, para autorização de fornecimento com prazo de validade menores do solicitado.

6.1 REALIZAR A ENTREGA DOS PRODUTOS EM SUA TOTALIDADE CONFORME SOLICITADO EM EMPENHO, caso seja necessário a entrega fracionada, a mesma deverá entrar em contato com a farmácia municipal pelo telefone 24 – 22242219, para solicitar autorização sobre o fracionamento da entrega.