



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 dos medicamentos descritos abaixo, visando atender a mandados judiciais.

ITEM	MEDICAMENTO	DESCR	QUANTIDADE
01	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML SOLUÇÃO ORAL 20 ML		800
02	LOSARTANA POTÁSSICA, 50 MG		10000
03	ACICLOVIR 200 MG		4000
04	Butilbrometo de Escopolamina 10 mg + Dipirona Sódica 250 mg		3000
05	DEXCLORFENIRAMINA MALEATO 0,4 MG/ML SOLUÇÃO ORAL FRASCO 100 ML		200
06	NIFEDIPINO 10 MG		15000
07	Glibenclamida 5 mg		10000
08	Ondansetrona 4 mg		2000
09	NISTATINA, 25.000 UI/G, CREME VAGINAL ,C/ APLICADOR - Bisnaga 60 gr		200
10	METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 10 Mg		1000
11	Isossorbida, Mononitrato de 20 mg		6000
12	METRONIDAZOL, 250 MG		3000
13	NIMESULIDA, 100 MG		6000
14	Clomipramina de 25 mg		3000
15	Isossorbida, Mononitrato de 40 mg		4000

2. OBJETO

Aquisição imediata dos medicamentos descritos nos itens 1 ao 15, para atendimento a farmácia municipal no setor judicial.

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

3. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO

O serviço será realizado de acordo com o solicitado pelo almoxarifado mediante Autorização de Fornecimento e nota de empenho, com prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados da sua emissão.

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

**3.2 O SOLICITADO DEVERÁ TER VALIDADE MÍNIMA DE 16 MESES A CONTAR DA DATA DE ENTREGA.**

**4. DA FISCALIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO**

**4.1** 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.

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

**5. 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.