



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 leites e suplementos descritos abaixo, visando atender a mandados judiciais.

ITEM	LEITES E SUPLEMENTOS	DESCR	QUANTIDADE
01	Leite/fórmula infantil pregomin pepti lata 400 gr	Lata 400 gr	28
02	Leite aptamil pro expert pepit 400 gr	Lata 400 gr	60
03	Nutren kids lata com 350 gr	Lata 350 gr	30
04	Leite/fórmula infantil aptamil premium 2 800 gr	Lata 800 gr	30

**2. OBJETO**

Aquisição imediata dos leites e suplementos descritos nos itens 1 ao 04, para atendimento a farmácia municipal no setor judicial.

**OBS.:** Para efeito deste **instrumento**, leites e suplementos 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 quicá 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.