



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
1	Alfapoetina 4000ui injetável (f/a)	Frasco/amp	12
2	Arpadol 400 mg	Comp	360
3	Atensina 0,100 mg	Comp	360
4	Bisoprolo 5 mg	Comp	1800
5	Canabidioal 20mg/ml frasco com 30 ml (pratti-donaduzi)	Frasco	6
6	Candesartana 8 mg	Comp	360
7	Colágeno tipo II não hidrolisado + ácido hialurônico (motilex há)	Comp	360
8	Diacereina 50	Comp	360
9	Donepezila 5mg	Comp	360
10	Empagliflozina 25 mg	Comp	990
11	Entacapon 200 mg	Comp	540
12	Fluxtar sr 3 mg	comp	360
13	Gabapentina 600 mg	Comp	180
14	Glimepirida 4 mg	Comp	720
15	Levomepromazina maleato 25 mg	comp	3000
16	Levotiroxina 88 mg	Comp	360
17	Mecobolamina 1000mcg	Comp	720
18	Pantoprazol 20 mg	Comp	720
19	Primidona 100 mg	Comp	360
20	Quepsia lp 50mg	comp	360
21	Quetiapina 50 mg	Comp	720
22	Risperidona 3 mg	Comp	900
23	Risperidona solução oral 1mg/ml frasco 30 ml	Frasco	74
24	Tizanidina 2 mg	Comp	600
25	Trelegy 100/62,5/25 mcg frasco com 30 doses	Unid	3
26	Trileptal 60 mg/ml suspensão frasco com 100 ml (original/referência por determinação judicial)	Frasco	60



27	Urocram 500 mg	Comp	360
----	----------------	------	-----

2. OBJETO

Aquisição imediata dos medicamentos e insumos descritos nos itens 1 ao 27, 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 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.

FABRÍCIO SOUZA ANDRIOLO
CHEFE DA DIVISÃO DA FARMÁCIA MUNICIPAL
MATRÍCULA 5721



MUNICIPIO SÃO JOSE DO VALE DO RIO PRETO

RUA PROFESSORA MARIA EMÍLIA ESTEVES, Nº 691 - CENTRO

SJVRP/RJ - CEP: 25780-000

FONE (24) 2224-7404



CÓDIGO DE ACESSO

CB7BB85E1A864A4FA58C70DD0834A5C0

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Este documento foi assinado digitalmente/eletronicamente pelos seguintes signatários nas datas indicadas

Para verificar a validade das assinaturas acesse o link abaixo

<https://sjvriopreto.flowdocs.com.br/public/assinaturas/CB7BB85E1A864A4FA58C70DD0834A5C0>