



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 fornecimento visando atender a mandado judicial.

ITEM	MEDICAMENTO	Quantidade p 6 meses
01	TARTARATO DE BRIMONIDINA 2% FRASCO 5 ML	18 FRASCOS

2. OBJETO

Aquisição imediata do medicamento descrito no item 1 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 MEDICAMENTO DEVERÁ SER ENTREGUE EM EMBALAGENS COM 30 COMPRIMIDOS/ CÁPSULAS NO MÁXIMO

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 6 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.

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

701286B6545C40588988AF8C7A7DC43B

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/701286B6545C40588988AF8C7A7DC43B>