



**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   | Lisina + Ciclobenzaprina 125/5mg | 180 COMP             |
| 02   | CLORIDRATO DE AMANTADINA 100MG   | 360 COMP             |
| 03   | Bamifilina de 300 mg.            | 720 COMP             |

**2. OBJETO**

Aquisição imediata do medicamento descrito no item 1 ao 3 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

5A30C5E2D51748729C3D547F85B73AC0

**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/5A30C5E2D51748729C3D547F85B73AC0>