



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ VALE RIO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FARMÁCIA MUNICIPAL



TERMO DE REFERÊNCIA

1. JUSTIFICATIVA

O presente Termo de Referência tem como objetivo a aquisição imediata das fraldas descritas abaixo, visando atender a mandados judiciais.

ITEM	FRALDA	DESCR	QUANTIDADE
01	Fralda descartável uso adulto Tamanho GG/EG/XG medidas : cintura entre 120 a 165 cm, peso entre 90 e 110 kg, material de rápida absorção, proteção mínima de 8 horas, uso prolongado, com barreiras antivazamentos , elástico entre as pernas, indicador de umidade, gel super absorvente, incontinência urinária, sendo OBRIGATÓRIO CONSTAR O GRAU DE ABSORÇÃO DE MODERADA A INTENSA. Conter o selo do INMETRO (SUJESTÕES DE MARCA, TENA, BIGFRAL, CONFORT MASTER, podendo ser aceito de igual ou superior qualidade das mencionadas)	UNID	10.000
02	Fralda descartável uso adulto Tamanho G medidas : cintura entre 115 a 150 cm, peso entre 70 e 90 kg, material de rápida absorção, proteção mínima de 8 horas, uso prolongado, com barreiras antivazamentos , elástico entre as pernas, indicador de umidade, gel super absorvente, incontinência urinária, sendo OBRIGATÓRIO CONSTAR O GRAU DE ABSORÇÃO DE MODERADA A INTENSA. Conter o selo do INMETRO (SUJESTÕES DE MARCA, TENA, BIGFRAL, CONFORT MASTER, podendo ser aceito de igual ou superior qualidade das mencionadas)	UNID	10.000

2. OBJETO

Aquisição imediata dos medicamentos descritas nos itens 1 ao 02, 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.**
- 3.3 **DEVERÁ O FORNECEDOR NO ATO DA COTAÇÃO APRESENTAR A MARCA DA FRALDA COTADA, SEGUINDO AS ESPECIFICAÇÕES E QUALIDADE SOLICITADAS. A SEREM ANALISADAS SE AS ESPECIFICAÇÕES DAS FRALDAS SOLICITADAS NO TERMO DE REFERÊNCIA CONSTAM NA EMBALAGEM TODOS OS ITENS SOLICITADOS EM ESPECIFICAÇÕES.**
- 3.4 **O PARTICIPANTE DA DISPENSA DEVERÁ DEMONSTRAR O DESEMPENHO, QUALIDADE E PRODUTIVIDADE COMPATÍVEL COM A MARCA DE REFERÊNCIA MENCIONADA NESTE TERMO DE REFERÊNCIA.**
- 3.5 **NÃO SERA ACEITO FRALDAS EM DESACORDO COM AS ESPECIFICAÇÕES E QUALIDADE SOLICITADA, CONFORME SUJESTÕES DE MARCA.**

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.

São José do Vale do Rio Preto, em **03** de Setembro de **2025**.

Fabício Souza Andriolo
Chefe de Setor 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

2455AC784CDE489AA285009C36308F6A

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

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



Assinante: FABRICIO SOUZA ANDRIOLO em 03/09/2025 10:33:35

CPF:***.***-877-25

Certificadora: MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO - ROOT

Para verificar a validade das assinaturas acesse o link abaixo

<https://sjvriopreto.flowdocs.com.br/public/assinaturas/2455AC784CDE489AA285009C36308F6A>