



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

TERMO DE REFERÊNCIA SIMPLIFICADO

OBJETO

Aquisição imediata dos medicamentos para atendimento da farmácia municipal no setor judicial.

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

O presente Termo de Referência tem como objetivo a aquisição imediata do medicamento descrito abaixo, para fornecimento visando atender a mandado judicial.

Item	Cod. Produto	Descrição do Produto Descrição Detalhada do Produto	Unidade	Qtde
1	001.056.938	ALFAPOETINA 4000 UI INJETÁVEL	UN	24
2	001.023.011	ALPRAZOLAM 2 MG	CP	2400
3	001.056.919	Canabidiol 20mg/ml - frasco com 30 ml (Prati-Donaduzzi)	FR	9
4	001.056.967	DUTASTERIDA DE 0,5 MG + TANSULOSINA DE 0,4 MG	CP	540
5	001.055.966	Eparema	DR	360
6	001.056.148	Furoato de Fluticasona 27,5 mcg.spray nasal, Fr c/ 120 doses	FR	18
7	001.041.809	LEITE NAN ESPESSAR LATA 800GR	LT	24
8	001.023.955	LEVODOPA + BENSERAZIDA 100 MG + 25 MG - BD	CP	2520
9	001.062.087	PRAMIPEXOL 1 MG. COMP	CP	720
10	001.068.127	PRIMIDONA 100MG	CP	540
11	001.009.038	RESIDRONATO DE SÓDIO 150MG	CP	30
12	001.068.111	RETEMIC 5 MG (POR DETERMINAÇÃO JUDICIAL)	CP	900
13	001.062.068	Succinato de solifenacina 5 MG	CP	360
14	001.055.387	Telmisartana 80 mg	CP	180

LOCAL DE UTILIZAÇÃO/ENTREGA/EXECUÇÃO

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. 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. 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.

PRAZO E FORMA DE ENTREGA/EXECUÇÃO

A entrega será realizada 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.

No ato da entrega, o produto deverá estar acompanhado da Nota Fiscal Eletrônica, em 02 (duas) vias, emitida nos termos da legislação em vigor. **O SOLICITADO DEVERÁ TER VALIDADE MÍNIMA DE 6 MESES A CONTAR DA DATA DE ENTREGA.**

Realizar a entregar o produto dentro do prazo de validade estipulado, 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. **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.



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

FISCAIS DO CONTRATO OU DA ENTREGA DOS MATERIAIS

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.

O fiscal da presente solicitação será:

- **WESLEY PACHECO ROCHA, mat. 3713, cargo FARMACÊUTICO.**
- **FABRÍCIO SOUZA ANDRIOLO CHEFE DA DIVISÃO DA FARMÁCIA MUNICIPAL MATRÍCULA 5721**

Atenciosamente,

FABRÍCIO SOUZA ANDRIOLO
CHEFE DA DIVISÃO DA FARMÁCIA MUNICIPAL
MATRÍCULA 5721