



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 insumos descritos abaixo, para fornecimento visando atender a mandado judicial.

ITEM	INSUMOS	QUANTIDADE
01	KIT DE BOMBA DE INSULINA MEDTRONIC MMT-1896BP MINIMED 780G	01 unid
02	APLICADOR DO CONJUNTO DE INFUSÃO QUICK-SET (QUICK SETTER) MEDTRONIC MMT-305QS COM 1 UNIDADE	01 unid
03	BLUE ADAPTER CARELINK USB	01 unid
04	KIT TRANSMISSOR MEDTRONIC GUARDIAN 4 STARTER MMT-7840W8	01 unid
05	CATETER MEDTRONIC MINIMED QUICK-SET MMT-397A CÂNULA 9MM E TUBO 60 CM - 10 UNID	6 unid
06	RESERVATÓRIO BOMBA DE INSULINA MEDTRONIC 3 ML MMT-332A - 10 UNID	6 unid
07	SENSOR MEDTRONIC MMT-7040CB GUARDIAN 4 - 5 UNID	6 unid

2. OBJETO

Aquisição imediata dos insumos descritos nos itens 1 e 7 para atendimento a farmácia municipal no setor judicial.

OBS.: Para efeito deste **instrumento**, insumos 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 12 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

95ED54B987394E129024098522534F3A

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/95ED54B987394E129024098522534F3A>