



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 dos medicamentos descritos abaixo, visando atender a mandados judiciais.

| ITEM | MEDICAMENTO | DESCR | QUANTIDADE |
|------|--|--------|------------|
| 01 | Hidroclorotiazida + valsartana 160 mg/ 12,5 mg | Comp | 360 |
| 02 | Bisoprolol de 2,5 mg | Comp | 2400 |
| 03 | ARIPIRAZOL 20MG/ML SOLUÇÃO ORAL 30 ML | Frasco | 12 |
| 04 | Valsartana 320 mg | Comp | 360 |
| 05 | Glimepirida de 1 mg | Comp | 360 |
| 06 | Valsartana 160 mg + Anlodipino de 5 mg | Comp | 360 |
| 07 | CÁLCIO 250 MG + VITAMINA D3 5MCG + VITAMINA K2-7 32,5 MCG | Comp | 360 |
| 08 | Brometo de umeclidino + trifonato de vilanterol 62,5 / 25mcg - FRASCO COM 30 DOSES | FRASCO | 12 |
| 09 | CROMOGLICATO DISSÓDICO 4% SOLUÇÃO OFTÁLMICA FRASCO 5 ML | FRASCO | 6 |
| 10 | Ácido ursodesoxicólico 300 mg | COMP | 720 |
| 11 | Oxcarbazepina de 300 mg | COMP | 720 |
| 12 | TARTARATO DE BRIMONIDINA 2% FRASCO 5 ML | FRASCO | 24 |

2. OBJETO

Aquisição imediata dos medicamentos descrita no item 1 ao 12, para atendimento de Mandados Judiciais, na Farmácia Municipal.

OBS.: Para efeito deste **instrumento**, medicamentos 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.

4. DA FISCALIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

- 4.1** A **CONTRATADA** ficará sujeita a mais ampla e irrestrita fiscalização, obrigando-se a prestar todos os esclarecimentos porventura 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 THAINÁ PACHECO ROCHA, mat. 6050, 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 19 de Janeiro de **2025**.

Michele de Oliveira
Farmacêutica – CRF/RJ 16.384
Chefe de Divisão Geral das Farmácias Municipais
Matrícula: 6048