



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



**TERMO DE REFERÊNCIA**

**1. JUSTIFICATIVA**

A presente aquisição se justifica pela necessidade imediata de atendimento a mandados judiciais, visando garantir o acesso a medicamentos essenciais para a população do Município de São José do Vale do Rio Preto/RJ.

**2. OBJETO**

Constitui objeto do presente Termo de Referência a aquisição imediata dos PRODUTOS (medicamentos), para atendimento à Farmácia Municipal, especificamente para o setor judicial do Fundo Municipal de Saúde (FMS).

**3. CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO**

O prazo máximo para a entrega dos PRODUTOS será de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da emissão da Autorização de Fornecimento e da respectiva nota de empenho.

**3.1. NOTA FISCAL**

A empresa contratada deverá emitir Nota Fiscal Eletrônica em 02 (duas) vias, contendo todas as informações necessárias para a liquidação da despesa, incluindo a descrição detalhada dos PRODUTOS, quantidades, valores unitários e totais.

**3.2. VALIDADE DOS PRODUTOS**

Os PRODUTOS deverão apresentar validade mínima de 16 (dezesseis) meses, contados a partir da data de entrega, salvo exceções especificadas para itens específicos.

- Para o ITEM 01 (OZEMPIC), a validade mínima aceitável será de 06 (seis) meses.
- Para os ITENS 02 (QUET XR) e 03 (BROMETO DE TIOTRÓPIO), a validade mínima aceitável será de 16 (dezesseis) meses.

Para formas sólidas orais (comprimidos/cápsulas), a embalagem não deverá exceder 30 (trinta) unidades por caixa/blister, salvo se a apresentação comercial padrão do fabricante for superior e devidamente justificada.

**4. DA FISCALIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO**

**4.1. FISCALIZAÇÃO**

A fiscalização e o acompanhamento da execução do objeto serão realizados por servidor(es) designado(s) pela Secretaria Municipal de Saúde, que terá(ão) plenos poderes para verificar a conformidade dos PRODUTOS entregues com as especificações deste Termo de Referência. A Administração poderá, a qualquer tempo, sustar, recusar ou solicitar a troca de PRODUTOS que não atendam às condições estabelecidas, sem prejuízo das sanções cabíveis.

**4.2. FISCAL DO CONTRATO**



O fiscal responsável pelo acompanhamento e fiscalização da execução do contrato será:

- Nome: WESLEY PACHECO ROCHA
- Matrícula: 3713
- Cargo: FARMACÊUTICO

## **5. DO LOCAL E HORÁRIO PARA ENTREGA**

### **5.1. ENDEREÇO**

A entrega dos PRODUTOS deverá ser efetuada no almoxarifado da Secretaria Municipal de Saúde, localizado na Rua Coronel Francisco Limongi, 153, Estação, São José do Vale do Rio Preto – RJ.

### **5.2. HORÁRIO**

O horário para recebimento dos PRODUTOS será de 09:30 às 16:00, em dias úteis.

### **5.3. CONTATO**

Para agendamento ou informações sobre a entrega, o contato deverá ser feito pelo telefone (24) 2224-7194.

### **5.4. ENTREGA EM OUTRO SETOR**

A entrega em setor diverso do almoxarifado somente será aceita mediante autorização prévia e expressa do almoxarifado. A responsabilidade pela entrega correta e segura dos PRODUTOS, até o local de destino final, será exclusiva do fornecedor.

## **6. DAS OBRIGAÇÕES DA EMPRESA**

A empresa contratada deverá entregar os PRODUTOS em conformidade com as especificações e validade mínima estabelecidas neste Termo de Referência. Exceções à validade mínima poderão ser aceitas mediante autorização prévia, a ser solicitada e confirmada pelo telefone 24-22242219.

### **6.1. ENTREGA FRACIONADA**

A entrega dos PRODUTOS deverá ser realizada em sua totalidade. Entregas fracionadas somente serão aceitas mediante autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde, a ser solicitada e confirmada pelo telefone 24-22242219.

## **7. RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

- ITEM 01
  - DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO: OZEMPIC 1MG/ML CANETA 3 ML
  - QUANTIDADE: 6
  - UNIDADE: CANETAS
- ITEM 02
  - DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO: QUET XR 50 MG (REFERÊNCIA POR DETERMINAÇÃO JUDICIAL)
  - QUANTIDADE: 360
- ITEM 03
  - DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO: BROMETO DE TIOTRÓPIO MONOIDRATADO,



SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO DE 2,5 MCG POR DOSE LIBERADA, FRASCO DE 4 ML  
COM 60 DOSES, ACOMPANHADO DO INALADOR

- QUANTIDADE: 15
- UNIDADE: FRASCOS

Atenciosamente,

São José do Vale do Rio Preto, em 30 janeiro de 2026.

FABRÍCIO SOUZA ANDRIOLO  
CHEFE DA DIVISÃO DA FARMÁCIA  
MUNICIPAL MATRÍCULA 5721



---

Secretaria Municipal de Saúde - Fundo Municipal de Saúde  
Rua Professora Maria Emília Esteves, 617, Centro, São José do Vale do Rio Preto, RJ





**MUNICÍPIO SÃO JOSÉ 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

B8751D8C9BD4478F8812F3F3B5806AD6

**VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS**

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



Assinante: FABRICIO SOUZA ANDRIOLO em 09/12/2025 15:23:30

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/B8751D8C9BD4478F8812F3F3B5806AD6>