



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



TERMO DE REFERÊNCIA

1. JUSTIFICATIVA DA DISPENSA E NECESSIDADE

O presente Termo de Referência tem como objetivo a aquisição do objeto solicitado, onde decorre da necessidade de cumprimento de ordens judiciais regularmente constituídas, bem como da observância dos prazos legais e processuais a elas vinculados. O atendimento tempestivo às determinações judiciais é medida obrigatória, sob pena de responsabilização da Administração, de seus gestores e da aplicação de sanções legais, razão pela qual a adoção imediata das providências necessárias mostra-se juridicamente indispensável.

ITEM	MEDICAMENTO	DESCR	QUANTIDADE
01	TOCILIZUMABE 162 MG	UNID	12
02	INSULINA BASAGLAR CANETA COM 3 ML	UNID	60

2. OBJETO

Aquisição imediata do medicamento descrito no item 1, para atendimento a farmácia municipal no setor judicial visando atender a mandados judiciais.

**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.**

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 OS FISCAIS:**

FABRÍCIO SOUZA ANDRIOLO – MAT 5721 – CHEFE DO SETOR DE FARMÁCIA  
WESLEY PACHECO ROCHA – MAT 3713 – FARMACÊUTICO DA ATENÇÃO BÁSICA  
THAINA PACHECO ROCHA – MAT 6050 – FARMACÊUTICA DO SETOR JUDICIAL

## **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.**

**A-** 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.

**B-** **Apresentar obrigatoriamente documentação válida e vigente que comprove sua regularidade, compreendendo.**

**B.1 -Alvará de funcionamento expedido pela Vigilância Sanitária competente;**

**B.2 - Certificado de Regularidade exigido pela legislação aplicável;**

**B.3 - Comprovação de responsabilidade técnica (RT), por meio de documento devidamente registrado no respectivo conselho profissional.**

A não apresentação de qualquer documento solicitado acima, acarretará a inabilitação da empresa licitante ou impedirá a adjudicação do objeto conforme o caso, sem prejuízo da aplicação das demais disposições previstas neste termo de referência e na legislação vigente.

**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 **06** de Fevereiro de **2025**.

**Fabício Souza Andriolo**  
**Chefe de Setor da Farmácia Municipal**  
**Matrícula: 5721**