



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO
SECRETARIA DE SAÚDE
DIVISÃO DE FARMÁCIA HOSPITALAR

TERMO DE REFERÊNCIA SIMPLIFICADO

1. OBJETO

MEDICAMENTOS HOSPITALARES

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE
1	CLORETO DE POTASSIO 10% - 10ML	AMPOLA	200
2	AMINOFILINA 24 MG/ML - 10 ML	AMPOLA	50
3	CLORETO DE SODIO 20% 10ML	AMPOLA	400
4	COMPLEXO B- 2 ML	AMPOLA	1.000
4	SORO GLICOSADO - 100 ML	UNIDADE	500
6	SUXAMETONIO 100 MG - F/A	F/A	20

2. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

A aquisição do medicamento tem por finalidade o atendimento da **Secretaria de Saúde**, mais especificamente o setor do **Hospital Maternidade Santa Theresinha**.

Entretanto, os itens estão inseridos em processos de licitação (15166/25 e 16047/25). Estes, que ainda se encontram em andamento, sem previsão para finalização e posterior aquisição.

Uma vez que a farmácia se encontra com estoque baixo/zerado dos itens requisitados neste processo, se faz necessário o pedido de aquisição por esta modalidade.

3. JUSTIFICATIVA DA DISPENSA

A Secretaria de Saúde/ Farmácia Hospitalar justifica a contratação por dispensa do objeto MATERIAL DE CONSUMO.

Os medicamentos estavam incluídos em processos licitatórios anteriores, porém, os mesmos foram suspensos e posteriormente, houve adesão à ata de registro de preços para aquisição de medicamentos, sob o Processo Administrativo nº 6927/25; entretanto, a ata aderida não contemplava os itens em questão.

Mediante este cenário, os itens foram inseridos à licitações abertas por este setor, recentemente. Ressalta-se, contudo, que os processos licitatórios são, via de regra, demorados e burocráticos, o que torna imprescindível a adoção de medidas para suprir a demanda enquanto o novo pregão não é concluído.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO
SECRETARIA DE SAÚDE
DIVISÃO DE FARMÁCIA HOSPITALAR

Diante do exposto, solicita-se a adoção das providências para a contratação por dispensa, garantindo o atendimento tempestivo da necessidade até a conclusão da licitação mencionada.

4. LOCAL DE UTILIZAÇÃO/ENTREGA/EXECUÇÃO

Os itens deverão ser entregues no SETOR DE AMOXARIFADO, situada em **Rua Coronel Barbosa Francisco Limongi, 287- Estação, São José do Vale do Rio Preto - RJ, CEP 25780-000.**

5. PRAZO E FORMA DE ENTREGA/EXECUÇÃO

[X] Entrega imediata após o envio do empenho.

6. FISCAIS DO CONTRATO OU DA ENTREGA DOS MATERIAIS

- Julia de Araujo Souza – Matrícula: 6272 – Cargo: Farmacêutica – Contato: (24) 99204-4149
- Eva Santos – Matrícula 5075 – Cargo: Técnico Administrativo – Contato: (24) 99233-9728

Respeitosamente,

JULIA DE ARAUJO SOUZA

Farmacêutica do HMST

CRF/RJ 28353 Mat. 6272