



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ VALE RIO PRETO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FARMACIA 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 atender a atenção básica do município.

ITEM	MEDICAMENTO	DESCR	QUANT
01	BENZOATO DE ALOGLIPTINA, CLORIDRATO DE PIOGLITAZONA 25/30MG	COMP	900
02	INSULINA DEGLUDECA 100 U/ML + LIRAGLUTIDA 3,6MG/ML - XULTOPHY	UNID	8
03	LIRAGLUTIDA 6 MG/ML CANETA (VICTOZA)	UNID	16

2. OBJETO

Aquisição imediata do medicamento descrita no item 1 ao 03, para atendimento a farmácia municipal na REMUME visando atender a atenção básica.

**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 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.**

- 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 **11** de Junho de **2025.5**

**Fabício Souza Andriolo**  
**Chefe de Setor 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

3740220F5E0C4FE296DF648877CEE3A6

**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/3740220F5E0C4FE296DF648877CEE3A6>