



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	ARPADOL 400 MG	COMP	450
02	CLOBAZAM 10 MG	COMP	1200
03	LUTEINA + ZEAXANTINA + ÔMEGA 3 + ASTAXANTINA + VITAMINA D ( LUVIS GOLD)	COMP	300
04	PONDERA 20 MG (REFERÊNCIA POR DECISÃO JUDICIAL)	COMP	180
05	UROCRAM 500 MG	COMP	360
06	BENZOATO DE ALOGLIPTINA DE 25MG	COMP	720
07	PRIMIDONA 100MG	COMP	540
08	INDACATEROL CÁPSULAS COM PÓ PARA INALAÇÃO DE 300MCG COM INALADOR	CAPS	540
09	ANORO 30 DOSES (BROMETO DE UMECLIDINO + TRIFEN ATATO DE VILANTEROL)	FRASCO	18

2. OBJETO

Aquisição imediata do medicamento descrita no item 1 ao 09, 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 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 impedira 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 **08** de Junho de **2025.5**

**Fabrício 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

1AEC47C7D1714A5CB2450F6852DCD27C

**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/1AEC47C7D1714A5CB2450F6852DCD27C>