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	MEDICAMENTOS	DESCR	QUANT
01	Insulina Lantus (caneta de 3ml) - SOLOSTAR	UNID	60
02	ALFAPOETINA 4000 UI INJETÁVEL	UNID	12
03	UROCRAM 500 MG	COMP	420
04	Succinato de solifenacina 10 MG	COMP	720
05	Levetiracetam 250 mg	COMP	860
06	Brometo de umeclidino + trifenato de vilanterol 62,5 / 25mcg - FRASCO COM 30 DOSES	FRASCO	12
07	ACETATO DE FLUORMETOLONA 1MG/ML - COLÍRIO 5 ML	FRASCO	12

2. OBJETO

Aquisição imediata dos medicamentos descritos do item 1 ao 7, 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.

Assinado por 1 pessoa: FABRICIO SOUZA ANDRIOLO
Documento assinado digitalmente/eletronicamente. Confira as assinaturas no link: https://sjvriopreto.flowdocs.com.br/public/assinaturas/F243B5DB63294CD495E62F02AEAA5574

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 - 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 **14** de Outubro de **2026**.

Fabrício Souza Andriolo
Chefe de Setor da Farmácia Municipal
Matrícula: 5721

Assinado por 1 pessoa: FABRICIO SOUZA ANDRIOLO
Documento assinado digitalmente/eletronicamente. Confira as assinaturas no link: https://sjvriopreto.flowdocs.com.br/public/assinaturas/F243B5DB63294CD495E62F02AEAA5574

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
F243B5DB63294CD495E62F02AEAA5574

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

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

Assinante: FABRICIO SOUZA ANDRIOLO em 15/10/2026 10:14:39
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/F243B5DB63294CD495E62F02AEAA5574