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	Hidroclorotiazida + valsartana 160 mg/ 12,5 mg	Comp	360
02	Indapamida SR 1,5 mg	Comp	1500
03	RETEMIC 5 MG (POR DETERMINAÇÃO JUDICIA)	Comp	1500
04	Cilostazol 100 mg	Comp	2400
05	GALANTAMINA 16 MG	comp	360

2. OBJETO

Aquisição imediata dos medicamentos descritos do item 1 ao 5, 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

Assinado por 1 pessoa: FABRICIO SOUZA ANDRIOLO
Documento assinado digitalmente/eletronicamente. Confira as assinaturas no link: https://sjvriopreto.flowdocs.com.br/public/assinaturas/9AE7306C65ED4777B5DDA7C3045E7406

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 **06** de Novembro 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/9AE7306C65ED4777B5DDA7C3045E7406

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
9AE7306C65ED4777B5DDA7C3045E7406

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

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

Assinante: FABRICIO SOUZA ANDRIOLO em 06/11/2026 13:33:38
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/9AE7306C65ED4777B5DDA7C3045E7406