



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ VALE RIO PRETO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**FARMACIA MUNICIPAL**



**TERMO DE REFERÊNCIA**

**1. JUSTIFICATIVA**

O presente Termo de Referência tem como objetivo a aquisição imediata dos medicamentos descrito abaixo, visando atender a mandados judiciais.

ITEM	MEDICAMENTO	DESCR	QUANT
1	ÁCIDO VALPRÓICO (VALPROATO DE SÓDIO) 250 MG	CP	3000
2	ÁCIDO VALPRÓICO (VALPROATO DE SÓDIO) 500 MG	CP	5000
3	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 50 MG+ 12,5 MG/ML SUSPENSÃO ORAL 75 ML	FRASCO	100
4	CAPTOPRIL 25 MG	CP	6000
5	CARBAMAZEPINA 200 MG	CP	5000
6	CARBONATO DE CÁLCIO + COLECALCIFEROL 600 MG + 400 UI	CP	10000
7	CARBONATO DE CÁLCIO 500 MG	CP	3000
8	CARBONATO DE LÍTIO 300 MG	CP	3000
9	CETOCONAZOL 2% CREME 30 G	BISNAGA	100
10	CLARITROMICINA 500 MG	CP	1000
11	CLOMIPRAMINA, CLORIDRATO 25 MG	CP	1000
12	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 100 MG	CP	3000
13	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 25 MG	CP	2000
14	CLORTALIDONA DE 25 MG	CP	360
15	DEXAMETASONA 0,1 MG/ML ELIXIR 120 ML	FRASCO	100
16	DEXCLORFENIRAMINA, MALEATO 2 MG	CP	1500
17	DIAZEPAM 10 MG	CP	8000
18	DIAZEPAM 5 MG	CP	5000
19	DIPIRONA SÓDICA 500 MG	CP	15000
20	ENALAPRIL, MALEATO 10 MG	CP	3000
21	ENALAPRIL, MALEATO 20 MG	CP	3000
22	ENALAPRIL, MALEATO 5 MG	CP	2000
23	EPAREMA	DRÁGEA	360
24	ESPIRONOLACTONA 50 MG	CP	2000
25	FENOBARBITAL 100 MG	CP	8000
26	GLICLAZIDA 30 MG	CP	5000
27	GLICLAZIDA 60 MG	CP	5000
28	Hidróxido de alumínio + Hidróxido de magnésio	FR	200
29	Ibuprofeno de 50 mg/mL - Suspensão Oral ? Frasco de 30 mL	FR	100
30	INSULINA BASAGLAR CANETA	CANETA	18

31	Levodopa + Benserazida 100 + 25 HBS	CP	3000
32	METFORMINA CLORIDRATO 500 Mg	CP	3000
33	METILDOPA, 500 MG	CP	3000
34	METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 10 MG	CP	1000
35	METOPROLOL, SUCCINATO 50 MG LIBERAÇÃO PROLONGADA	CP	2000
36	MICONAZOL, NITRATO 2 % CREME 80 G	BISNAGA	100
37	OLANZAPINA 5 MG	CP	720
38	OMEPRAZOL 20 MG CAIXA COM 28 comprimidos	CP	10000
39	PARACETAMOL 500 MG	CP	2000
40	Prometazina, Cloridrato de 25mg	CP	10000
41	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL (NaCl 3,5G + Glicose 20G	ENV	200
42	SIMETICONA 40MG	CP	1000
43	SINVASTATINA 20 MG	CP	10000
44	SULFATO DE GLICOSAMINA 500 MG + SULFATO SÓDICO DE CONDROITINA 400 MG	CÁPSULA	600
45	SULFATO FERROSO (25MG/ML DE FERRO ELEMENTAR) 125 MG/ML SOLUÇ	FR	100
46	SULFATO FERROSO (40MG DE FERRO ELEMENTAR)	CP	6000
47	TIAMINA, CLORIDRATO 300 MG	CP	3000
48	TOPIRAMATO 100 MG	CP	1440
49	VERAPAMIL CLORIDRATO, 80 MG	CP	1500
50	VITAMINAS DO COMPLEXO B, B1, B2, B3, B5, B6, B12	CP	10000

## 2. OBJETO

Aquisição imediata dos medicamentos descrito no item 1 ao 50, para atendimento a farmácia municipal no setor judicial.

**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** O fiscal da presente solicitação será WESLEY PACHECO ROCHA, mat. 3713, cargo FARMACÊUTICO.

## **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.**

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.

**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.