



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 descritos abaixo, visando atender a mandados judiciais.

ITEM	MEDICAMENTO	DESCR	QUANTIDADE
01	ARTROFLAN 150 MG - HARPAGOPHYTUM PROCUMBENS	600	COMP
02	Colecalciferol 50.000 UI (Vitamina D)	48	COMP
03	Dexlansoprazol 60Mg	720	COMP
04	Divalproato de Sódio de 500 mg	2200	COMP
05	Ivabradina 5mg	600	COMP
06	MAG B - MAGNÉSIO E VITAMINA B6	720	COMP
07	Indapamida SR 1,5 mg	3600	COMP
08	Topiramato de 100 mg	1200	COMP
09	Periciazina 1% frasco 20ml	48	FRASCO
10	Periciazina 4% frasco 20ml	120	FRASCO
11	BROMETO DE GLICOPIRRÔNIO + DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA + FUMARATO DE FR 7 FORMOTEROL 100/6/12,5 MCG - FRASCO COM 120 DOSES	7	FRASCO
12	QUETIAPINA LP 300 MG	210	COMP

2. OBJETO

Aquisição imediata dos medicamentos e insumos descritos nos itens 1 ao 12, 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.