

Prefeitura de Monte Alto

Secretaria da Saúde Farmácia Municipal TERMO DE REFERÊNCIA

UNIDADE SOLICITANTE FARMÁCIA MUNICIPAL

1. OBJETO

Aquisição de medicamento para paciente.

1.1. Especificação

	Descritivo	Valor Unitário R\$	Quantidade	Valor Total R\$
01	OMEPRAZOL MAGNÉSIO 20 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	R\$ 13,57	28	R\$ 380,00
	TOTAL			R\$ 380,00

2. JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DA CONTRATAÇÃO

Aquisição do medicamento para 28 dias de tratamento.

3. ESTIMATIVA DE PREÇOS E PREÇOS REFERENCIAIS

O custo estimado da aquisição é de R\$ 380,00 (trezentos e oitenta reais).

4. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

5.1. São obrigações da contratante:

5.1.1. Receber o objeto no prazo e condições estabelecidas na solicitação da compra;

Jeremias de Paula Eduardo, 2320 – Centro – 15.910-000 – MONTE ALTO – SP

Tel: (16) 3242-5001

Email: farmaci MUNICIPAL@montealto.sp.gov.br



Prefeitura de Monte Alto

Secretaria da Saúde

Farmácia Municipal

5.1.2. Comunicar à Contratada, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;

5.1.3. Efetuar o pagamento à Contratada no valor correspondente ao fornecimento do objeto, no prazo e forma estabelecidos no termo de referência e seus anexos;

5. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

5.1. A Contratada deve cumprir todas as obrigações constantes da proposta aceita e, ainda:

5.1.1. Efetuar a entrega do objeto em perfeitas condições, conforme especificações, prazo e local constantes da proposta, acompanhado da respectiva nota fiscal, na qual constarão as indicações referentes a: marca, fabricante, modelo, procedência e prazo de garantia ou validade;

5.1.2. Substituir, reparar ou corrigir, às suas expensas, no prazo máximo de 10 (dez) dias a contar da notificação, o objeto com avarias ou defeitos;

5.1.3. Comunicar à Contratante, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas que antecede a data da entrega, os motivos que impossibilitem o cumprimento do prazo previsto, com a devida comprovação;

6. FORMA E PRAZO DE PAGAMENTO

6.1. O pagamento será realizado no prazo máximo de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da Nota Fiscal ou Fatura, através de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo contratado.

6.1.1. A Nota Fiscal/Fatura liquidada, deverá, obrigatoriamente, conter o mesmo CNPJ/MF do vencedor da contratação e atestada pelo fiscal do contrato.

6.2. Considera-se ocorrido o recebimento da nota fiscal ou fatura no momento em que o órgão contratante atestar a execução do objeto do contrato.

Jeremias de Paula Eduardo, 2320 – Centro – 15.910-000 – MONTE ALTO – SP
Tel: (16) 3242-5001

Email: farmaciamunicipal@montealto.sp.gov.br



Prefeitura de Monte Alto

Secretaria da Saúde

Farmácia Municipal

6.3. Constatando-se alguma irregularidade da contratada, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 2 (dois) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério da contratante.

7. PRAZO DE ENTREGA E EXECUÇÃO DO SERVIÇO

7.1. Local: Rua Jeremias de Paula Eduardo, 2320 – Centro – Monte Alto – SP – 15910-000

7.2. Prazo de entrega 3 (três) dias úteis a contar da Ordem de Fornecimento (pedido de compra), emitida pela contratante.

7.3. Horário das 07:00hs às 15:00hs, de segunda a sexta-feira.

9. RECURSOS ORÇAMENTARIOS

As despesas decorrentes da presente contratação serão suportadas por recurso de dotação própria na vigente lei orçamentária, com a seguinte classificação contábil:

Ficha analítica nº 503

Monte Alto, 08 de fevereiro de 2024

Ana Beatriz D. Tozetti Zavatti

Diretora de Administração de Farmácias

CRF-SP: 60036

Jeremias de Paula Eduardo, 2320 – Centro – 15.910-000 – MONTE ALTO – SP

Tel: (16) 3242-5001

Email: farmaciamunicipal@montealto.sp.gov.br