



Prefeitura de
Jumirim

prefeiturajumirim
(15) 3199.9800
administracao@jumirim.sp.gov.br
Rua Manoel Novaes, 829 - Centro - Jumirim - SPCEP: 18.535-000

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

1.1. Aquisição dos medicamentos Fentizol Spray e Fluoxetina 20mg/ml, para atender a paciente Alexia Rafaela Rinaldi, mediante avaliação social, nos termos da tabela abaixo, conforme condições e exigências estabelecidas neste instrumento.

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE
1	Fentizol Spray - nitrato de fenticonazol	FR	02
2	Cloridrato de Fluoxetina 20mg/ml	FR	02

2. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

Constatada a vulnerabilidade social familiar e o quadro de saúde da paciente, a aquisição do referido medicamento é essencial para garantir a não interrupção do tratamento da paciente acompanhada por essa Unidade de Saúde, garantindo o bem-estar e a qualidade de vida da paciente em questão.

3. ESPECIFICAÇÕES DO OBJETO

Cloridrato de Fluoxetina 20mg/ml
Gotas

APRESENTAÇÃO

Solução oral
Frasco conta-gotas com 20 ml de solução

USO ORAL
USO ADULTO



Prefeitura de
Jumirim

• prefeitura.jumirim
• (15) 3199.9800
• administracao@jumirim.sp.gov.br
• Rua Manoel Novaes, 829 - Centro - Jumirim - SPCEP: 18.535-000

Fentizol

Nitrato de Fenticonazol

APRESENTAÇÃO Solução spray: caixa com frasco com 30 mL.

USO DERMATOLÓGICO

USO ADULTO E PEDIÁTRICO

4. FORMA, LOCAL E PRAZOS DE EXECUÇÃO

A entrega deverá ser feita total conforme solicitação da Secretaria. Prazo de entrega: a empresa deverá entregar o produto, conforme sua proposta comercial em até 5 (cinco) dias, após o recebimento da ordem de entrega/empenho, no Centro de Saúde Brasileiro Poggi, sito à Rua Bazzo nº 176 – Setor Farmácia, no horário das 07h às 16h. O medicamento deverá ser de primeiro uso, sem reaproveitamento e fornecido em embalagem original do fabricante, bem como estar em perfeitas condições de uso e consumo e não possuir qualquer tipo de violação, ou seja, não devem estar danificados, amassados, etc. A embalagem deve estar lacrada e possuir rótulo, elaborado de acordo com as normas vigentes, contendo a identificação e as especificações do material, como indicação da marca, do fabricante e da procedência. O prazo de validade do Medicamento deverá ser de no mínimo 01 (um) ano.

4. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

O pagamento será realizado em até 30 (trinta) dias após a emissão e aceitação da Nota Fiscal pela Secretaria demandante através de depósito ou transferência bancária em conta corrente em nome da empresa.

Por força da legislação vigente, o preço dos serviços contratados não será reajustado, salvo nas hipóteses legais e devidamente justificada.

6. SELEÇÃO DO FORNECEDOR

O fornecedor será selecionado por meio da realização de procedimento de dispensa de licitação, com fundamento na hipótese do art. 75, inciso II da Lei nº 14.133/2021.

7. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes da presente contratação correrão à conta de recursos específicos consignados da Ações da Farmácia Municipal – Despesa 854 (medicamento para uso domiciliar).



• prefeiturajumirim
• (15) 3199.9800
• administracao@jumirim.sp.gov.br
• Rua Manoel Novaes, 829 - Centro - Jumirim - SPCEP: 18.535-000

8. FONTE DO RECURSO

Os recursos serão do tesouro.

Secretaria de Saúde e Vigilância Sanitária