



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

TERMO DE REFERÊNCIA Nº 731/2024

TERMO DE REFERÊNCIA PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAIS POR REGISTRO DE PREÇO

**PROJETO ELABORADO PELO SETOR DE GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (GAF)
DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VILA VELHA**

Vila Velha – ES, 13 de setembro de 2024

Rua Castelo Branco, 1803 – Centro – Vila Velha - ES
CEP: 29.100-041 – Telefone (27) 99224-2269



Autenticar documento em <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade>
com o identificador 31003700380038003200300034003A00540052004100, Documento assinado
digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

QUADRO RESUMO

Condições gerais da contratação	Aquisição de materiais a fim de promover a assistência adequada aos pacientes da Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha.
	Materiais: SACOLA, MATERIAL PLÁSTICO OXI-BIODEGRADÁVEL COM ALÇA, TIPO CAMISETA, TAMANHOS APROXIMADOS: COMPRIMENTO 35cm x LARGURA 25cm; SACOLA, MATERIAL PLÁSTICO OXI-BIODEGRADÁVEL COM ALÇA, TIPO CAMISETA, TAMANHOS APROXIMADOS: COMPRIMENTO 45cm x LARGURA 35cm; CAIXA BIN nº 05 e CAIXA BIN nº 07.
Modalidade de Licitação e Base Legal	Pregão Eletrônico por Sistema de Registro de Preço, de acordo com a Lei n.º 14.133.2021.
Estimativa de custos global (conforme estudo técnico preliminar)	O levantamento de mercado com orçamento final estimado será construído posteriormente pelo setor responsável, Cotação de Preços/SEMSA, e será anexado a este caderno processual assim que concluído.
Prazo estipulado de vigência contratual	12 (doze) meses a partir do primeiro dia útil após a publicação da ata de registro de preços no diário oficial, podendo prorrogar para igual período.
Informação orçamentária	Programa de trabalho: Informação posterior pelo FMS Natureza de despesa: Informação posterior pelo FMS Fonte: Informação posterior pelo FMS
Característica do item para definição da fonte de recurso	Materiais para a Atenção Básica e Especializada.
Unidade administrativa responsável pela execução do objeto e fiscalização	Gerência de Assistência Farmacêutica (GAF)
Equipe responsável pela elaboração do Termo de Referência	Aliny Dalmonich Fernandes Calhau – Farmacêutica, Matrícula 43877/1; Manuela Martins Cruz – Farmacêutica/Gerente, Matrícula: 4384-2/1 PMVV/GAF Mat/Med E-mail: caf.saude@vilavelha.es.gov.br
Gestão	Farmacêutico Gestor lotado na Gerência de Assistência Farmacêutica: Karina Vieira Tozzi dos Reis Mat.: 2901-7/1; Gestor suplente: Manuela Martins Cruz Mat.: 4384-2/1. /E-mail: caf.saude@vilavelha.es.gov.br
Fiscalização	Farmacêutico Fiscal Titular lotado no Almoxarifado da Saúde: Thaila Sarnaglia Vulpi Mat.: 4651-5 CPF: 110.299.667-02; Fiscal suplente: Fernanda Domingues Gomes Martins Tel.: 99224-2269 /E-mail: almoxarifado.saude@vilavelha.es.gov.br

Rua Castelo Branco, 1803 – Centro – Vila Velha - ES
CEP: 29.100-041 – Telefone (27) 99224-2269



Autenticar documento em <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade>
com o identificador 31003700380038003200300034003A00540052004100, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

TERMO DE REFERÊNCIA

1. CONDIÇÕES GERAIS DA CONTRATAÇÃO/AQUISIÇÃO

1.1 Aquisição de Materiais: SACOLA, MATERIAL PLÁSTICO OXI-BIODEGRADÁVEL COM ALÇA, TIPO CAMISETA, TAMANHOS APROXIMADOS: COMPRIMENTO 35cm x LARGURA 25cm; SACOLA, MATERIAL PLÁSTICO OXI-BIODEGRADÁVEL COM ALÇA, TIPO CAMISETA, TAMANHOS APROXIMADOS: COMPRIMENTO 45cm x LARGURA 35cm; CAIXA BIN nº 05 e CAIXA BIN nº 07, mediante Registro de Preços, para atendimento à Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha conforme especificações constantes neste Termo de Referência.

1.2 Os objetos desta contratação/ aquisição NÃO se enquadra como sendo de bem de luxo, conforme Decreto nº 10.818, de 27 de setembro de 2021.

1.3 Os bens objeto desta contratação/aquisição são caracterizados como comuns, conforme justificativa constante do Estudo Técnico Preliminar.

1.4 O prazo de vigência da contratação é de 12 (doze) meses contados a partir da publicação da Ata de Registro de Preços publicada no Diário Oficial podendo haver prorrogação para o mesmo período, conforme Art. 84 da lei nº 14.133/2021.

1.5 Justifica-se, a realização da presente licitação valendo-se do Sistema de Registro de Preços em virtude do exato enquadramento da necessidade da Secretaria Municipal nos requisitos fundamentais para utilização desse sistema, a saber: serviços de aquisição frequente, quantitativo que não se pode definir previamente com exatidão e necessidade de entregas parceladas.

2. DA DESCRIÇÃO DOS ITENS E QUANTITATIVOS

LOTES PARA AMPLA CONCORRÊNCIA

GRUPO 01			
ITEM	DESCRIÇÃO DETALHADA	UNIDAD E DE MEDIDA	QUANTIDADE SOLICITADA

Rua Castelo Branco, 1803 – Centro – Vila Velha - ES
CEP: 29.100-041 – Telefone (27) 99224-2269



Autenticar documento em <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade>
com o identificador 31003700380038003200300034003A00540052004100, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

1	SACOLA, MATERIAL PLÁSTICO OXI-BIODEGRADÁVEL COM ALÇA, TIPO CAMISETA, TAMANHOS APROXIMADOS: COMPRIMENTO 35, LARGURA 25, COR BRANCA, ALTA DENSIDADE, APLICAÇÃO ACONDICIONAMENTO DE MEDICAMENTOS.	UNID	1.660.000
2	SACOLA, MATERIAL PLÁSTICO OXI-BIODEGRADÁVEL COM ALÇA, TIPO CAMISETA, TAMANHOS APROXIMADOS: COMPRIMENTO 45, LARGURA 35, COR BRANCA, ALTA DENSIDADE, APLICAÇÃO ACONDICIONAMENTO DE MEDICAMENTOS	UNID	900.000

LOTES PARA ME E EPP

GRUPO 02			
ITEM	DESCRIÇÃO DETALHADA	UNIDADE E DE MEDIDA	QUANTIDADE SOLICITADA
3	SACOLA, MATERIAL PLÁSTICO OXI-BIODEGRADÁVEL COM ALÇA, TIPO CAMISETA, TAMANHOS APROXIMADOS: COMPRIMENTO 35, LARGURA 25, COR BRANCA, ALTA DENSIDADE, APLICAÇÃO ACONDICIONAMENTO DE MEDICAMENTOS.	UNID	100.000
4	SACOLA, MATERIAL PLÁSTICO OXI-BIODEGRADÁVEL COM	UNID	100.000

Rua Castelo Branco, 1803 – Centro – Vila Velha - ES
CEP: 29.100-041 – Telefone (27) 99224-2269



Autenticar documento em <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade>
com o identificador 31003700380038003200300034003A00540052004100, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

	ALÇA, TIPO CAMISETA, TAMANHOS APROXIMADOS: COMPRIMENTO 45, LARGURA 35, COR BRANCA, ALTA DENSIDADE, APLICAÇÃO ACONDICIONAMENTO DE MEDICAMENTOS		
--	---	--	--

GRUPO 03			
ITEM	DESCRIÇÃO DETALHADA	UNIDADE E DE MEDIDA	QUANTIDADE SOLICITADA
5	CAIXA PLÁSTICA TIPO BIN N° 5, material polipropileno alta densidade, medidas aproximadas: comprimento 25cm, largura 15,5cm, altura 12cm, aplicação organizador materiais, cor preta, características adicionais: trava lateral, Opo bin. Unidade	UNID	600

GRUPO 04			
ITEM	DESCRIÇÃO DETALHADA	UNIDADE E DE MEDIDA	QUANTIDADE SOLICITADA
6	CAIXA PLÁSTICA TIPO BIN N° 7, material polipropileno alta densidade, medidas aproximadas: comprimento 34cm, largura 22cm, altura 17,50cm, aplicação organizador materiais, cor preta, características adicionais: trava lateral, opo bin.	UNID	700

Rua Castelo Branco, 1803 – Centro – Vila Velha - ES
CEP: 29.100-041 – Telefone (27) 99224-2269



Autenticar documento em <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade> com o identificador 31003700380038003200300034003A00540052004100, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

No que se refere ao quantitativo solicitado, este foi estimado de acordo com registros existentes no município quanto aos materiais supracitados, na previsão de abertura de novos serviços de saúde, acrescida margem de segurança de 30%, prevendo oscilações de consumo dos materiais ao longo do ano.

As quantidades estimadas não implicam obrigatoriedade de contratação pela Administração durante a vigência do Registro de Preços, servindo apenas como referencial para elaboração das propostas dos licitantes.

3. FUNDAMENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO/AQUISIÇÃO

3.1. A Fundamentação da Contratação/Aquisição e de seus quantitativos encontra-se pormenorizada em Tópico específico dos Estudos Técnicos Preliminares, deste Termo de Referência.

3.2 As informações quanto ao ID PCA no PNCP, data de publicação no PNCP, Id do item no PCA, Classe/Grupo e o identificador da Futura Contratação/Aquisição serão anexadas aos autos, assim que disponibilizadas pela SEMAD/PMVV.

4. DA DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO CONSIDERANDO O CICLO DE VIDA DO OBJETO E ESPECIFICAÇÃO DO PRODUTO

4.1. Considerando a necessidade de aquisição dos materiais para suprir as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha, com a finalidade de manter a assistência adequada aos pacientes de toda a rede.

Considerando a adequação das farmácias do município, conforme determinação das Vigilâncias Municipal e Estadual, Ministério Público, Tribunal de Contas e Conselho Regional de Farmácia, e de acordo com as diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS) do Ministério da Saúde (2009), a fim de garantir a guarda correta de medicamentos em ambientes conforme determinam as legislações vigentes, justifica-se também a aquisição os objetos constantes neste estudo para o correto acondicionamento dos medicamentos e organização das farmácias do município;

Trata-se o presente processo de aquisição de materiais de consumo para fins de manutenção da assistência contínua para os munícipes de Vila Velha e de continuidades dos seus tratamentos propostos.

Rua Castelo Branco, 1803 – Centro – Vila Velha - ES
CEP: 29.100-041 – Telefone (27) 99224-2269



Autenticar documento em <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade>
com o identificador 31003700380038003200300034003A00540052004100, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

Os bens/serviços são considerados “comuns”, pois se enquadram na classificação nos termos do Decreto nº 10.818, de 2021, “Consideram-se bens e serviços comuns, para os fins e efeitos deste artigo, aqueles cujos padrões de desempenho e qualidade possam ser objetivamente definidos pelo edital, por meio de especificações usuais no mercado.”.

5. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO/AQUISIÇÃO

5.1 DA SUBCONTRATAÇÃO

Para esta aquisição é vedada a subcontratação de pessoa física ou jurídica.

5.2 SUSTENTABILIDADE:

Em caso de necessidade de descarte de materiais/medicamentos, os mesmos seguirão o fluxo padronizado da SEMSA em conjunto com a SEMDU, através do Plano de Gerenciamento de Resíduos.

5.3. DA EXIGÊNCIA DE AMOSTRA:

5.3.1. Quando necessário para comprovação das características do objeto da licitação e também para que sejam submetidas à avaliação e testes técnicos que nos comprovem se o(s) objeto(s) em questão atende(m) às necessidades da Rede Municipal de Saúde Pública de Vila Velha, serão solicitadas amostras, ficha técnica, dossiês, catálogo, manual, folheto, impresso, instruções, estudos complementares e/ou publicação original dos produtos cotados pela empresa que permitam uma perfeita identificação do objeto ofertado, descrito em língua portuguesa e em consonância com todas as exigências edilícias.

5.3.2. As amostras, quando solicitadas, deverão ser entregues na Gerência de Assistência Farmacêutica localizada Rua Castelo Branco n. 1803, Bairro: Olaria, Vila Velha, CEP: 29.100-041, no prazo máximo de **48 (quarenta e oito) horas** a contar da solicitação, em embalagens originais e lacradas.

5.3.3. A Prefeitura Municipal de Vila Velha se responsabilizará pela guarda das amostras pelo período máximo de 15 (quinze) dias após homologação do processo licitatório, ficando a sua retirada a cargo da empresa arrematante.

Rua Castelo Branco, 1803 – Centro – Vila Velha - ES
CEP: 29.100-041 – Telefone (27) 99224-2269



Autenticar documento em <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade>
com o identificador 31003700380038003200300034003A00540052004100, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

5.4. DA ANÁLISE DA AMOSTRA:

5.4.1. Na análise da amostra, o produto ofertado é avaliado quanto à especificação/descrição exigida neste Termo de Referência e submetida a testes técnicos a fim de que seja verificado se o produto corresponde fielmente à descrição apresentada na proposta comercial da empresa licitante e se atende às necessidades da Rede Municipal de Saúde Pública de Vila Velha.

5.4.2. As amostras serão analisadas pelo responsável técnico, autor do processo de aquisição, lotado nesta Gerência de Assistência Farmacêutica (GAF) e, caso necessário, por enfermeiro e/ou médico da SEMSA que tenha capacidade para fazê-lo.

5.4.3. Após a avaliação será emitido o parecer do setor técnico, contendo o resultado de cada avaliação, bem como os critérios para aceitação ou não da amostra apresentada.

5.4.4. Em caso de divergência entre as referidas amostras e as especificações deste Termo de Referência, as amostras serão desclassificadas.

5.4.5. Os critérios de avaliação da proposta são:

- Amostra em embalagem original e lacrada;
- **Conformidade da amostra com a descrição do item no Termo de Referência;**
- Correspondência fiel da amostra à descrição apresentada na proposta comercial da empresa licitante;
- Atendimento às especificações deste Termo de Referência.
- Atendimento às necessidades da Rede Municipal de Saúde Pública de Vila Velha.

5.4.6. As despesas/custos decorrentes da apresentação de amostras, correrão às expensas, exclusivamente, da licitante.

5.4.7. O proponente, desde já, fica ciente de que deverá retirar as amostras, no local de entrega, passados 15 (quinze) dias após homologação do processo licitatório, sob pena de, não o fazendo, sua conduta ser considerada como renúncia, sob pena de descarte. Estas amostras não mais estarão em sua embalagem original e lacrada, porém, em uma nova embalagem com identificação do produto, bem como ao lote a que se refere.

6. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

Rua Castelo Branco, 1803 – Centro – Vila Velha - ES
CEP: 29.100-041 – Telefone (27) 99224-2269



Autenticar documento em <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade>
com o identificador 31003700380038003200300034003A00540052004100, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

6.1. Condições de Entrega:

6.1.1. Do Prazo:

6.1.1.1. A entrega dos produtos (bens de consumo) deverá ser feita no prazo máximo de **20 (vinte) dias corridos** após o recebimento da Autorização de Fornecimento, com despesas de transporte assumidas pelo licitante.

6.1.1.2. A entrega dos produtos deverá ser efetuada no endereço listado abaixo, das 7h às 12h e 13h às 15h.

6.2. Do Local de Entrega

6.2.1 **Almoxarifado da Saúde - Rodovia Darly Santos, km 2,5, Bairro Guaranhuns, Vila Velha/ES, CEP: 29.103-300. Tel.: (27) 3139-9024.** Ponto de referência: atrás do posto de gasolina Marcella, em frente ao SESI, na antiga fábrica Piraquê, de segunda a sexta-feira, no horário de 7h às 12h e 13h às 15h, **no prazo máximo de 20 (vinte) dias corridos**, contado da data de recebimento da autorização e empenho.

6.3. Do Prazo De Validade

6.3.1 Indeterminada.

6.3.2. Caso não seja possível a entrega na data assinalada, a empresa deverá comunicar as razões respectivas, logo após o recebimento da AF para que qualquer pleito de prorrogação de prazo seja analisado, ressalvadas situações de caso fortuito e força maior.

7 CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E DE PAGAMENTO

7.1 RECEBIMENTO DO OBJETO:

7.1.1. Os produtos serão recebidos:

7.1.1.2. **Provisoriamente**, a partir da entrega, para efeito de verificação da conformidade com as especificações constantes do Edital e da proposta, limitando-se a verificar a sua conformidade com o discriminado na Nota Fiscal, fazendo constar no canhoto e no verso da Nota a data de entrega e, se for o caso, as irregularidades observadas.

Rua Castelo Branco, 1803 – Centro – Vila Velha - ES
CEP: 29.100-041 – Telefone (27) 99224-2269



Autenticar documento em <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade>
com o identificador 31003700380038003200300034003A00540052004100, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

7.1.1.3. Durante o recebimento provisório, o almoxarifado poderá exigir a substituição de qualquer do(s) material que não esteja(m) de acordo com a(s) especificação(ões) deste Termo.

7.1.1.4. Definitivamente, após a verificação da conformidade com as especificações constantes da proposta, e sua consequentemente aceitação, que se dará **até 05 (cinco) dias úteis** contados do recebimento provisório, por Comissão/ Servidor designado pela Autoridade competente.

7.1.1.5. Em caso de não conformidade, a Comissão/ Servidor designado devolverá Nota Fiscal / material, para as devidas correções.

7.1.1.6. O recebimento provisório ou definitivo do objeto não exclui a responsabilidade da CONTRATADA pelos prejuízos resultantes da incorreta execução do contrato.

7.1.1.7. A Autorização de Fornecimento terá força de contrato.

7.2 DAS CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DE FORNECIMENTO:

7.2.1. Os produtos devem ser entregues no Almoxarifado, na embalagem original, em perfeito estado, sem sinais de violação, sem aderência ao produto, sem umidade, sem inadequação de conteúdo, identificado, nas condições de temperatura exigida em rótulo, acompanhados da documentação fiscal, em duas vias, com especificação dos quantitativos discriminados na nota fiscal apresentados em unidades individualizadas. O número do lote do material recebido deve constar na rotulagem, e na nota fiscal, especificados o número de lotes por quantidade de material/material entregue.

7.2.2. O transporte deverá obedecer a critérios adequados, de modo a não afetar a identidade, qualidade, integridade dos mesmos.

7.2.3. No ato da entrega os materiais serão analisados em sua totalidade, sendo que aqueles que não satisfizerem à especificação exigida serão devolvidos, devendo ser substituído no **prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis** a partir da devolução que será realizada pelo Setor de Almoxarifado de Farmácia.





PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

7.3 PRAZO DE PAGAMENTO:

7.3.1. O pagamento do objeto será efetuado por fechamento de mês até 30 (trinta) dias consecutivos após o recebimento do objeto e apresentação da(s) nota(s) fiscal(is)/fatura(s), devidamente atestada(s) pelo órgão requisitante e/ou servidor (es) designados(s) para efetuar o recebimento do objeto.

7.3.2 Forma de pagamento:

7.3.2.1. O pagamento será realizado por meio de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo contratado.

7.3.2.2. Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.

7.3.2.3. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável.

7.3.2.4. Independentemente do percentual de tributo inserido na planilha, quando houver, serão retidos na fonte, quando da realização do pagamento, os percentuais estabelecidos na legislação vigente.

7.3.2.5. O contratado regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 2006, não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime. No entanto, o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação, por meio de documento oficial, de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na referida Lei Complementar.

8. FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

8.1. O fornecedor será selecionado por meio da realização de procedimento de **LICITAÇÃO**, na modalidade **PREGÃO**, sob a forma **ELETRÔNICA**, com adoção do critério de julgamento pelo **MENOR PREÇO DO ITEM**.

9. DOS CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO TÉCNICA

Rua Castelo Branco, 1803 – Centro – Vila Velha - ES
CEP: 29.100-041 – Telefone (27) 99224-2269



Autenticar documento em <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade>
com o identificador 31003700380038003200300034003A00540052004100, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

9.1 Qualificação Técnica:

- A) Atestado(s) de Capacidade Técnica** emitido(s) por entidade(s) de direito público ou privado, comprovando a aptidão da empresa arrematante para o fornecimento do(s) produto(s) idêntico(s) ou similar(es) ou que se enquadrem no mesmo tipo de produto/área (produtos para saúde), de acordo com a ANVISA, conforme os objetos da licitação, devidamente assinado e, preferencialmente, em papel timbrado da empresa ou órgão tomador do fornecimento ou em cópia autenticada, compatível com o objeto desta licitação.
- B)** O proponente arrematante deverá encaminhar junto com todos os documentos habilitatórios, para análise e parecer técnico do Órgão Requisitante, cópias visíveis ou originais dos **manuals, catálogos, dossiês** e instruções que permitam uma perfeita identificação do produto ofertado, descrito em língua portuguesa e em consonância com todas as exigências edilícias **(quando houver)**.

10. ESTIMATIVAS DO VALOR DA CONTRATAÇÃO/AQUISIÇÃO

10.1 As estimativas do valor da contratação serão informadas neste caderno processual posteriormente pelo setor de Compras/SEMSA, após cotação de preços.

10.2 O valor estimado deverá ter como referência ampla pesquisa de mercado de preços praticados no âmbito dos órgãos e entidades da Administração Pública. O arrematante do item será desclassificado caso o produto ofertado na proposta esteja acima dos valores estipulados pelo Banco de preços (quando aplicável) e Banco de Preços em saúde (quando aplicável), sendo passível de denúncia junto aos órgãos fiscalizadores, conforme legislação vigente.

11. DA PROPOSTA

11.1. A proposta comercial deverá conter, de acordo com a especificação prevista neste Termo de Referência, a descrição detalhada do produto com a apresentação, a marca, o nome da fabricante, obrigatoriamente, bem como referências e demais características que permitam ao contratante identificar claramente o produto ofertado.

Rua Castelo Branco, 1803 – Centro – Vila Velha - ES
CEP: 29.100-041 – Telefone (27) 99224-2269



Autenticar documento em <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade>
com o identificador 31003700380038003200300034003A00540052004100, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

12. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

12.1 São obrigações da CONTRATANTE:

12.1.1. Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela CONTRATADA, de acordo com as descrições contidas neste Termo de Referência e os termos de sua proposta;

12.1.2. Acompanhar e fiscalizar a entrega dos itens solicitados, conforme citado em Quadro Resumo;

12.1.3. Efetuar o pagamento devido, nas condições estabelecidas;

12.1.4. Prestar informações e esclarecimentos que venham a ser solicitados ao município;

12.1.5. Atestar notas fiscais correspondentes após o recebimento dos itens comprados;

12.1.6. Receber e fiscalizar os produtos entregues, verificando a sua correspondência com as especificações prescritas no edital, atestando sua conformidade;

12.1.7. Designar formalmente um servidor da unidade gestora para acompanhar e fiscalizar a execução da autorização de fornecimento ou instrumentos equivalentes;

12.1.8. Notificar formalmente quaisquer irregularidades encontradas na entrega dos itens.

12.2. A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela CONTRATADA com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente Termo de Contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da CONTRATADA, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

13. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

13.1 São obrigações da CONTRATADA:

13.1.1. Respeitar e cumprir com os prazos de entrega dos produtos comprados, observando os períodos de parcelamento e quantidades.





PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

13.1.2. Arcar com todas as despesas diretas ou indiretas, decorrentes do cumprimento das obrigações assumidas, sem qualquer ônus para o estado.

13.1.3. A CONTRATADA deverá garantir a qualidade dos produtos a serem fornecidos, devendo, ainda, quando solicitado, substituir prontamente o produto que porventura não atenda os requisitos contratados, providenciando, também, o produto que no momento possa estar em falta em seu estabelecimento, sob pena das sanções cabíveis;

13.1.4. Os materiais que apresentarem defeito de fabricação, decorrente do transporte e/ou que não atenderem as especificações deverão ser substituídos pela CONTRATADA, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, sob pena de aplicação das sanções previstas no Edital;

13.1.5. As embalagens e unidades constantes na especificação do produto na Autorização de Fornecimento deverão ser rigorosamente observadas, assim como a marca vencedora, sob pena de devolução do produto;

13.1.6. Comunicar formalmente, através de ofício enviado por e-mail e de imediato à Administração quaisquer irregularidades que venham ocorrer em função da entrega dos materiais/ medicamentos;

13.1.7. O fornecimento deverá ser efetuado de acordo com a respectiva AF - Autorização de Fornecimento, sempre acompanhada do correspondente documento fiscal;

13.1.8. Fornecer amostra do produto quando solicitado, para laudo técnico de utilização.

14. DA JUSTIFICATIVA QUANTO À AUSÊNCIA DE CONSULTA ÀS DEMAIS UNIDADES GESTORAS MUNICIPAIS

14.1. Considerando que os produtos a serem adquiridos são restritamente geridos pela Gerência de Assistência Farmacêutica (GAF) para uso exclusivo nos serviços de saúde, não há, portanto, necessidade de envio de carta convite às demais Secretarias da Prefeitura Municipal de Vila Velha para participação a presente Ata de Registro de Preços.

15. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

Rua Castelo Branco, 1803 – Centro – Vila Velha - ES
CEP: 29.100-041 – Telefone (27) 99224-2269



Autenticar documento em <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade>
com o identificador 31003700380038003200300034003A00540052004100, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

15.1. As sanções e infrações administrativas serão aplicadas de acordo com os artigos 155 a 163 da Lei 14.133/2021.

16. DAS CONDIÇÕES GERAIS

16.1 Este Termo de Referência deverá ser lido e interpretado na íntegra. Após o registro da proposta no sistema não serão aceitas alegações de desconhecimento.

16.2. As licitantes são responsáveis pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados em qualquer fase da licitação.

16.3. As normas disciplinadoras da licitação serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, desde que não comprometam o interesse da Administração, a finalidade e segurança da contratação/aquisição.

16.4. O fornecimento dos produtos obedecerá às especificações contidas neste Termo de Referência, sendo os casos omissos resolvidos pela Prefeitura Municipal de Vila Velha.

16.5. A CONTRATADA é obrigada a aceitar, nas mesmas condições da licitação, os acréscimos ou supressões, conforme Lei Federal nº 14.133/2021.

17. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

17.1 As despesas decorrentes da presente contratação/aquisição correrão à conta de recursos específicos consignados no Orçamento Geral do Município.

17.2 A dotação orçamentária será informada posteriormente pelo Fundo Municipal de Saúde;

Informamos ainda que os recursos utilizados, se do tesouro municipal e/ou transferências de fundo a fundo de verbas federais e estaduais, serão informados também posteriormente pelo Fundo Municipal de Saúde, entretanto para este (s) objeto (s) não há convênio e emenda parlamentar.

a. A dotação relativa aos exercícios financeiros subsequentes será indicada após aprovação da Lei Orçamentária respectiva e liberação dos créditos correspondentes, mediante apostilamento.

Rua Castelo Branco, 1803 – Centro – Vila Velha - ES
CEP: 29.100-041 – Telefone (27) 99224-2269



Autenticar documento em <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade>
com o identificador 31003700380038003200300034003A00540052004100, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

18. ASSINATURAS E APROVAÇÕES

Manuela Martins cruz

Gerente/Farmacêutica - Mat.43842/1 GAF/SEMSA
Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha

Regina Célia Diniz Werner

Subsecretária da Atenção Primária à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha

APROVO O CONTEÚDO DESTE TERMO DE REFERÊNCIA PRELIMINAR E AUTORIZO EXPRESSAMENTE A
ABERTURA DO PROCESSO LICITATÓRIO

Felipe Andrade Pimentel Sarmento

Secretário Municipal de Saúde (Interino)
Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha

APROVO O CONTEÚDO DESTE TERMO DE REFERÊNCIA PRELIMINAR E AUTORIZO EXPRESSAMENTE A
ABERTURA DO PROCESSO LICITATÓRIO



PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi assinado eletronicamente e pode ser acessado no endereço <https://processos.vilavelha.es.gov.br/autenticidade> utilizando o identificador 31003700380038003200300034003A00540052004100

Assinado eletronicamente por **MANUELA MARTINS CRUZ** em 13/09/2024 08:43

Checksum: **3ABC74C04CC601993EA44086C940623EDE8FD1CC12B138D32DAA9F7144F9B6E5**

Assinado eletronicamente por **Felipe Andrade Pimentel Sarmento** em 13/09/2024 10:07

Checksum: **06181894047A56AFEA471EC67D5698E57C45F7B143D69F7B96EA94F4A561908F**

Assinado eletronicamente por **REGINA CELIA DINIZ WERNER** em 13/09/2024 10:17

Checksum: **5033E9436C869B1E5B4E6A71286AD830AEF3FC2B098127B3093861A85652B5D7**

