



## TERMO DE REFERÊNCIA

### 1. CARACTERÍSTICA DO PROCESSO

- 1.1. Órgão Requisitante: S/SUBHUE/HMFM – HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO MAGALHÃES
- 1.2. Modalidade: Dispensa de licitação nos termos da Lei Federal nº 14.133/21, art. 75, inciso II e em atendimento ao Decreto Municipal nº 50.797/22
- 1.3. Tipo: Menor preço por item.
- 1.4. Objeto: Aquisição de **medicamento da classe 6505** para abastecimento dos setores essenciais da unidade.

### 2. JUSTIFICATIVA DA AQUISIÇÃO

2.1. Aquisição de **medicamentos da classe 6505, conforme especificação do item 3 deste Termo de Referência**, com a finalidade de abastecimento do Hospital Maternidade Fernando Magalhães.

2.2. Ressaltamos que o presente Emergencial se justifica pela falta de Registro de preços vigentes para insumos indispensáveis e essenciais ao funcionamento desta unidade, sem os quais não se realizarão procedimentos necessários aos pacientes sob os cuidados de nossos profissionais; acarretando graves problemas como: a interrupção de atendimentos básicos e emergenciais em nossas clínicas e o agravamento do quadro clínico dos pacientes. Diante do exposto, entendemos estar perante de uma situação de URGÊNCIA, a fim de evitar o desabastecimento do hospital e conseqüentemente, um desfecho FATAL para a clientela assistida.

2.3. Intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A reserva orçamentária encontra-se alocada no Programa de Trabalho (PT) da S/S/SUBHUE/HMFM.



### 3. ESPECIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

3.1.A descrição válida para aquisição dos medicamentos da classe 6505 solicitado é a que consta no presente Termo de Referência:

3.2. *Informamos que alguns dos códigos BR são genéricos, ou aproximam-se da descrição necessária. Pedimos que seja considerada a coluna "ESPECIFICAÇÃO DO PRODUTO" para esclarecimentos.*

ITEM	CÓDIGO SMA	CÓDIGO BR	ESPECIFICAÇÃO	U / C	TOTAL 180 DIAS
01	6505.08.199-62	268458	GANCICLOVIR, 250MG - 1MG/ML SOLUCAO INJETAVEL FRASCO SISTEMA FECHADO	FR	300

### 4. DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

#### 4.1. DOCUMENTAÇÃO DO PRODUTO:

5.1.2. A empresa deverá fornecer Certificado de Registro no MS/ANVISA (Publicação no D.O.U.) – RDC 185/2001.

5.1.3. A empresa deverá fornecer Certificado de Registro no MS/ANVISA por família (Publicação no D.O.U.) – RDC 97/2000.

5.1.4. A embalagem e os rótulos dos produtos apresentados devem atender aos critérios estabelecidos na RDC 185/2001/MS – ANVISA.

#### 4.2. DOCUMENTOS DA EMPRESA:

4.2.1. Proposta original da empresa onde deverá constar o CNPJ, endereço, telefone, endereço eletrônico (e-mail), descrição do insumo, marca (mesma ofertada no portal compras.gov), quantidade, valor unitário e valor total, validade da proposta, prazo de entrega, dados: HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO MAGALHÃES Rua General José Cristino, 87 – 3º andar. Telefone: 2088-1324, carimbo legível da empresa e assinatura do responsável pelo orçamento.

4.2.2. Comprovante da inscrição e situação cadastral da empresa junto à Receita Federal (CNPJ);

4.2.3. Contrato Social e última alteração cadastral;

4.2.4. Certidão Negativa de Débito com as Fazendas Municipal, Estadual e Federal;



- 4.2.5. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
  - 4.2.6. Certificado de Regularidade do FGTS – CRF;
  - 4.2.7. Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral (Inscrição Estadual e Municipal);
  - 4.2.8. Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (CEIS) – (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA → EMPRESAS SACIONADAS)  
(<http://www.portaltransparencia.gov.br/ceis/>);
  - 4.2.9. Consulta a Sanções administrativas  
(<http://ecomprasrio.rio.rj.gov.br/sigma/sancoes.asp>);
  - 4.2.10. Alvará de funcionamento;
  - 4.2.11. Licença de funcionamento da Vigilância Sanitária;
  - 4.2.12. MEI ou EPP – Certidão da Condição de Microempreendedor Individual (CCMEI), CPF e RG do fornecedor;
- 4.3. Durante a Dispensa de Licitação, em caso de divergência entre as referidas documentações, e as especificações deste Termo de Referência, as propostas serão desclassificadas.

## 5. OBRIGAÇÕES DA EMPRESA FORNECEDORA

- 5.1. O medicamento fornecido pela empresa deverá possuir **laudo de análise por lote**, devendo apresentar prazo de validade, **no mínimo, de 1 ano de vida útil**, a contar da data de entrega.
- 5.2. Cada Nota Fiscal emitida deverá ter anexada a cópia da Nota de Empenho no ato da entrega.

## 6. CONDIÇÕES DE ENTREGA

- 6.1. Deverá estar anexada à Nota Fiscal, cópia da Nota de Empenho e código do material constante no Termo de Referência. A Nota fiscal deverá conter a numeração da Nota de Empenho.
- 6.2. O prazo de entrega será de **imediate há 30 dias**, a contar do envio ou retirada da nota de empenho pela empresa.
- 6.3. Os itens deverão estar devidamente acondicionados em volumes lacrados, não apresentando avarias que indiquem quaisquer sinais de violação.
- 6.4. Todo e qualquer ônus decorrente da entrega do objeto licitado, inclusive frete, será de inteira responsabilidade do fornecedor.



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO  
Secretaria Municipal de Saúde – SMS  
Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência  
Hospital Maternidade Fernando Magalhães

Processo nº. SMS-PRO-2024/28557
Data: 22/05/2024 Fls.

6.5. Quando da entrega, os itens que não estiverem nas condições descritas, caracterizadas e especificadas neste Termo de Referência, poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, devendo ser corrigidos/refeitos/substituídos no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, contados a partir da comunicação do órgão participante, às custas do fornecedor.

6.6. Local de Entrega:

- HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO MAGALHÃES – Rua General José Cristino, 87  
São Cristóvão - Rio de Janeiro / RJ - CEP: 20.921-400. Setor: Farmácia Tel. (21) 3895-5616.  
A Entrega deverá ser efetuada de segunda à sexta, das 09:00 às 16h.

*Cristiane de Oliveira Alves*  
Cristiane de Oliveira Alves  
Farmacêutica CRF 7475  
Mat. 10/216251-0