

TERMO DE REFERÊNCIA
DISPENSA DE LICITAÇÃO

1. DO OBJETO

Aquisição de serviço para a Secretaria de Saúde, conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas neste instrumento:

ITEM	Nº PLANILHA DFD	Nome	Tipo	Unidade Medida	Quantidade
1	7217	Aquisição de passagens aéreas de ida e volta para São Paulo/SP – Brasília/DF com transfer, conforme descrito no item 2 deste Termo de Referência. Ida: 03/12/2025 (chegada em Brasília até 8h30) e Volta: 03/12/2025 (saída após às 18h).	Serviço	Unit.	02

2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

No dia **03 de dezembro de 2025**, das **9h às 17h**, acontecerá a **Cerimônia de Certificação dos Estados e Municípios que eliminaram ou obtiveram Selos de Boas Práticas rumo à eliminação da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatite B** pelo Ministério da Saúde, do qual o município receberá a Certificação de Eliminação da Transmissão Vertical de HIV diante do reconhecimento da qualificação dos indicadores municipais.

A gestão da Secretaria Municipal de Saúde foi convidada para participar desta solenidade presencial, que firma o compromisso do município nos cuidados com o binômio mãe-bebê e com as metas globais de eliminação do HIV/Aids como problema de saúde pública até 2030.

Para participar da solenidade, indicou-se a Secretária de Saúde, Dra. Águida Elena Bergamo Fernandes Cambaúva, e a Supervisora de Unidade Especializada da Casa do Abraço SAE/CTA, Karina Hiromi Okamoto Lourenço.

Endereço da Cerimônia: Teatro Pedro Calmon, localizado na Avenida do Exército, Setor Militar Urbano (SMU), Brasília – DF, ao lado do Quartel-General do Exército.

3. CLASSIFICAÇÃO DOS BENS COMUNS

Trata-se de aquisição de bem comum, mediante Dispensa de Licitação, com divulgação no PNCP e Portal da Transparência do Município.

4. ENTREGA E CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO DO OBJETO.

O prazo de entrega do serviço será em 03 de dezembro de 2025, data de realização da Cerimônia de Certificação dos Estados e Municípios que eliminaram ou obtiveram Selos de Boas Práticas rumo à eliminação da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatite B.

5. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

5.1- São obrigações da Contratante:

5.1.1- Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos bens recebidos com as especificações constantes deste Termo de Referência e da proposta, para fins de aceitação e recebimento;

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;

5.1.4- A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela Contratada com terceiros, ainda que vinculados à execução do contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da Contratada, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

6. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

6.1- A Contratada deve cumprir todas as obrigações constantes no Termo de Referência, seus anexos e sua proposta, assumindo exclusivamente seus riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto e, ainda:

6.2- Efetuar a entrega do objeto / serviço em perfeitas condições, conforme especificações, prazo e local constantes no Termo de Referência e seus anexos.

7. DO PAGAMENTO

O pagamento será realizado no prazo de 4 DFS (vinte e cinco dias fora a semana), onde será efetuado através de crédito em Conta Corrente;

Fazer constar no corpo da Nota Fiscal os números da AF (autorização de fornecimento) / AS (autorização de serviço) e do Empenho, além da Condição de Pagamento;

As Notas Fiscais decorrentes das autorizações deverão ser emitidas em nome de MUNICÍPIO DE JACAREÍ, formato este correspondente à inscrição principal do Município no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ).

ANA LUIZA
MELO
MAGESTE DA
SILVA:
36867452833

Assinado digitalmente por ANA LUIZA
MELO MAGESTE DA SILVA:36867452833
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Certificado
Digital PE A3, OU=Videoconferencia,
OU=38073330000180, OU=AC SyngularID
Multipla, CN=ANA LUIZA MELO
MAGESTE DA SILVA:36867452833
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização: sua localização de assinatura
aqui
Data: 2025.10.31 16:00:23-03'00'
Foxit PDF Reader Versão: 11.1.0

ANA LUIZA MELO MAGESTE DA SILVA
Diretora de Atenção Especializada