

## TERMO DE REFERÊNCIA

### Contratação por Dispensa de Licitação

#### 1. DO OBJETO

1.1- Aquisição de dispensers de papel toalha e dispensers para sabonete líquido, conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas neste instrumento:

#### 2. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

2.1- A presente contratação será realizada por dispensa de licitação, nos termos do art. 75 da Lei nº 14.133/2021, considerando tratar-se de contratação de baixo valor, prevista no DFD 575, classe 692.

#### 3. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO


3.1- A aquisição/contratação justifica-se pela necessidade de suprir as demandas da Diretoria de Vigilância em Saúde – Programa de Imunização, garantindo a continuidade das atividades administrativas e operacionais do setor.


A ausência do objeto (ou serviço), poderá comprometer o regular funcionamento das atividades da unidade.

#### 4. ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO

#### 5.

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	CÓDIGO ITEM (SE HOVER)	UNID MEDIDA	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
01	<p><b>Dispenser de papel toalha para mesa, conforme as especificações abaixo:</b></p> <p>Os dispensers deverão atender, no mínimo, aos seguintes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Modelo para mesa</li><li>• Cor branca</li><li>• Sistema com mola para melhor acomodação do papel</li></ul>		Unidade	02	R\$ 55,00	R\$ 110,00

	<p>toalha</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimensões aproximadas: altura 13 cm; largura 24 cm; profundidade 13 cm</li> <li>• Material resistente e de fácil higienização</li> <li>• Compatível com papel toalha interfolhado</li> </ul> <p><b>Local de entrega:</b>                  Prof. Luiz de Araújo Máximo, 98, Jd. Paraíba, Jacareí-SP.</p> 					
02	<p><b>Dispenser para sabonete líquido/álcool</b></p> <p>Os dispensers deverão atender, no mínimo, aos seguintes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidade mínima de 500 ml</li> <li>• Reservatório transparente para visualização do nível do produto</li> <li>• Sistema de acionamento manual</li> <li>• Material resistente e de fácil higienização</li> <li>• Compatível com sabonete líquido ou álcool gel</li> </ul> <p><b>Local de entrega:</b>                  Prof. Luiz de Araújo Máximo, 98, Jd.</p>		Unidade	04	R\$ 8,20	R\$ 32,80

	Paraíba, Jacareí-SP. 					
--	---	--	--	--	--	--

**4.1-** Os materiais/serviços deverão atender às especificações mínimas descritas acima, sendo novos, de boa qualidade e em conformidade com as normas aplicáveis.

**4.2-** O Município de Jacareí não paga por frete nem por visita técnica.

## 5. PRAZO DE ENTREGA OU EXECUÇÃO

**5.1-** O prazo para entrega dos materiais ou execução dos serviços será de até 05 dias, contados a partir do recebimento da **Autorização de Fornecimento/Serviço** ou instrumento equivalente.

## 6. LOCAL DE ENTREGA

**6.1-** Os materiais deverão ser entregues no seguinte endereço: Praça Professor Luíz de Araújo Máximo, 98, Jardim Paraíba, CEP: 12327-540.

## 7. CRITÉRIO DE JULGAMENTO

**7.1-** O critério de julgamento das propostas será o **MENOR PREÇO GLOBAL**, desde que atendidas todas as especificações estabelecidas neste Termo de Referência.

**7.2 -** A adoção do critério de julgamento por menor preço global justifica-se pela necessidade de garantir maior viabilidade econômica e efetividade na aquisição dos itens destinados à sala de distribuição de imunobiológicos. Considerando o baixo valor estimado da contratação e a aquisição conjunta dos itens, o agrupamento em lote único mostra-se mais vantajoso para a Administração, uma vez que reduz impactos relacionados aos custos logísticos e de transporte, os quais podem se tornar desproporcionais em contratações individualizadas, comprometendo o interesse dos fornecedores e a efetivação do fornecimento. Assim, o julgamento pelo menor preço global mostra-se técnica e

economicamente mais adequado ao interesse público, em observância aos princípios da eficiência e economicidade.

## **8. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

**8.1-** O pagamento será realizado no prazo de 25 DFS (Vinte e cinco dias fora a semana), onde será efetuado através de crédito em Conta Corrente;

**8.2-** 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;

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

## **9. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

**9.1-** 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;

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

**9.3-** Efetuar o pagamento à Contratada no valor correspondente ao fornecimento do objeto, no prazo e forma estabelecidos no Termo de Referência;

**9.4-** 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.

## **10. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

**10.1-** 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:


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

## 11. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

11.1- As despesas decorrentes da presente contratação correrão à conta de recursos específicos consignados da(s) seguinte(s) dotação(ões) orçamentária(s):

Ficha: 175

Fonte de Recurso: 05 - Transferência e Convênios Federais - Vinculados

Documento assinado digitalmente  
 **JULIANA BARBOSA DOS REIS**  
Data: 26/05/2026 11:41:02-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**JULIANA BARBOSA DOS REIS**  
Supervisora do Programa de Imunização

**DANIEL FREITAS ALVES PEREIRA.**  
31558659897 P  
Assinado digitalmente por DANIEL FREITAS ALVES PEREIRA:31558659897  
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=VideoConferencia, OU=29796279000143, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF A3, OU=(em branco), CN=DANIEL FREITAS ALVES PEREIRA:31558659897  
Razão: Eu sou o autor deste documento  
Localização: sua localização de assinatura aqui  
Data: 2026.05.26 15:18:27-0300'  
Foxit PDF Reader Versão: 11.1.0

**DANIEL FREITAS ALVES PEREIRA**  
Diretor de Vigilância em Saúde