



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DOS PERDÕES**  
**Rua Dom Duarte Leopoldo Nº 83 – Centro – CEP: 12.955-0000**  
**CNPJ: 52.359.692/0001-62 Fone: (11) 4012-1000**

## **TERMO DE REFERÊNCIA**

### **1. DEPARTAMENTO REQUISITANTE:**

Secretaria de Saúde

**2. DEFINIÇÃO DO OBJETO:** *Lei 14.133, art. 6º, XXIII, alínea a: definição do objeto, incluídos sua natureza, os quantitativos, o prazo do contrato e, se for o caso, a possibilidade de sua prorrogação;*

**A confecção de Notificação de Receita B (Azul) e Notificação de Receita B2 (Azul) para a prescrição de medicamentos psicotrópicos conforme a numeração fornecida pela Autoridade Sanitária.**

Conforme o Art. 6º, XXIII, alínea 'a' da Lei nº 14.133/2021, o presente Termo de Referência tem como objeto a aquisição de impressos para o desenvolvimento dos atendimentos em saúde à população desenvolvidos nas Unidades Básicas de Saúde, Pronto Atendimento, Ambulatório de Especialidades. Suprindo as necessidades para garantir um atendimento de qualidade em nível ambulatorial, urgência e emergência. Conforme condições, quantidades, exigências e estimativas estabelecidas no instrumento convocatório.

O objetivo é atender às necessidades da Prefeitura Municipal de Bom Jesus dos Perdões - SP na Secretaria de Saúde.

**2.1. NATUREZA:** Confecção de impresso Notificação de Receita B (Azul) e Notificação de Receita B2 (Azul) para a prescrição de medicamentos psicotrópicos conforme a numeração fornecida pela Autoridade Sanitária para uso nos atendimentos em saúde à população desenvolvidos nas Unidades Básicas de Saúde, Pronto Atendimento, Ambulatório de Especialidades. Suprindo as necessidades para garantir um atendimento de qualidade em nível ambulatorial, urgência e emergência. Conforme condições, quantidades, exigências e estimativas estabelecidas no instrumento convocatório.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DOS PERDÕES**  
Rua Dom Duarte Leopoldo Nº 83 – Centro – CEP: 12.955-0000  
CNPJ: 52.359.692/0001-62 Fone: (11) 4012-1000

**2.2. DESCRITIVO E QUANTITATIVO:** O processo visa a contratação de empresa especializada para o fornecimento de impresso para uso da Secretaria da Saúde conforme:

A confecção de Notificação de Receita B (Azul) e Notificação de Receita B2 (Azul) para a prescrição de medicamentos psicotrópicos conforme a numeração fornecida pela Autoridade Sanitária nos [Memorando 2.986/2026](#) e [Memorando 2.988/2026](#) conforme segue.

9.000 (Nove mil) números para a confecção de 180 blocos com 50 folhas de Notificação de Receita B (Azul) conforme modelo em anexo para a prescrição de medicamentos psicotrópicos.

• **AUTORIZAÇÃO NÚMERO: 07 / 2026**

NÚMERO DO PROTOCOLO	MODELO	QUANTIDADE	UNIDADE	NUMERAÇÃO AUTORIZADA
Protocolo VISA BJP: 113/26	Notificação de Receita "B" (NRB)	9.000 (nove mil)	Números	<b>2604.2-35.0158461 a 2604.2-35.0167460</b>  Numeração liberada via SNCR

### MODELO NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	PRESCRIÇÃO
<p>NUMERO: <input type="text"/> <b>B</b></p> <p>DATA: _____</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR</p> <p>PACIENTE: _____</p> <p>CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____</p> <p>ENDEREÇO COMPLETO: _____</p>	<p>NOME E ENDEREÇO COMPLETOS DO PROFISSIONAL + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF</p> <p>OU</p> <p>NOME DA INSTITUIÇÃO + CPNJ ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE</p> <p>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</p> <p>NOME: _____</p> <p>CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____</p> <p>ENDEREÇO COMPLETO: _____</p> <p>TELEFONE: _____</p> <p><small>*NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO *DATA DE IMPRESSÃO DESTA RECEITÁRIO: ___/___/___ (recomendável)</small></p>	<p>NOME DO MEDICAMENTO: _____</p> <p>CONCENTRAÇÃO: _____</p> <p>FORMA FARMACÉUTICA: _____</p> <p>QUANTIDADE: _____</p> <p>POSOLOGIA: _____</p>

No campo **IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE** deverá constar:

**Prefeitura Municipal de Bom Jesus dos Perdões**  
**Secretaria de Saúde**  
CNPJ 52.359.692/0001-62  
Rua São Geraldo, 350 – Centro  
Bom Jesus dos Perdões - SP



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DOS PERDÕES**  
Rua Dom Duarte Leopoldo Nº 83 – Centro – CEP: 12.955-0000  
CNPJ: 52.359.692/0001-62 Fone: (11) 4012-1000

1.000 (Um mil) números para a confecção de 20 blocos com 50 folhas de Notificação de Receita B2 (Azul) conforme modelo em anexo para a prescrição de medicamentos psicotrópicos.

• **AUTORIZAÇÃO NÚMERO: 08 / 2026**

NÚMERO DO PROTOCOLO	MODELO	QUANTIDADE	UNIDADE	NUMERAÇÃO AUTORIZADA
Protocolo VISA BJP: 114/26	Notificação de Receita "B2" (NRB2)	1.000 (um mil)	Números	<b>2604.3- 35.0009361 a 2604.3- 35.0010360</b>  Numeração liberada via SNCR

### MODELO NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B2

<b>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA</b> NÚMERO <input type="text"/> <b>B2</b> DATA: _____ ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR PACIENTE: _____ CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____ ENDEREÇO COMPLETO: _____ _____	<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b> NOME E ENDEREÇO COMPLETOS DO PROFISSIONAL + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF <b>OU</b> NOME DA INSTITUIÇÃO + CPN ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE <b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b> NOME: CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: ENDEREÇO COMPLETO: TELEFONE:	<b>PRESCRIÇÃO</b> NOME DO MEDICAMENTO: CONCENTRAÇÃO: FORMA FARMACÉUTICA: QUANTIDADE: POSOLOGIA:
--	--	--

\*NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO  
\*DATA DE IMPRESSÃO DESTA RECEITÁRIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (recomendável)

No campo **IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE** deverá constar:

Prefeitura Municipal de Bom Jesus dos Perdões  
Secretaria de Saúde  
CNPJ 52.359.692/0001-62  
Rua São Geraldo, 350 – Centro  
Bom Jesus dos Perdões - SP

**Antes de confirmar a confecção enviar amostra para análise.**

**2.3. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS:** O bloco de notificação de receita azul possui o tamanho de 25x9cm. A receita azul é serrilhada, e, após o destaque da serrilha, o canhoto fica preso ao bloco, e a notificação de receita azul que fica com o paciente tem o tamanho final de 18,3x9cm. Papel Offset Azul 75g.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DOS PERDÕES**  
Rua Dom Duarte Leopoldo Nº 83 – Centro – CEP: 12.955-0000  
CNPJ: 52.359.692/0001-62 Fone: (11) 4012-1000

**2.4. DO PRAZO DE CONTRATO:** O prazo de duração do contrato será de 12 meses, contado a partir da data de sua assinatura, podendo ter prorrogação nos termos do artigo 107 da Lei 14.133/2021, desde que haja previsão expressa no edital e no contrato, e que a prorrogação seja vantajosa para a Administração Pública, devidamente justificada e autorizada pela autoridade competente.

**3. DA FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO:** *Lei 14.133, art. 6º, XXIII, alínea b: fundamentação da contratação, que consiste na referência aos estudos técnicos preliminares correspondentes ou, quando não for possível divulgar esses estudos, no extrato das partes que não contiverem informações sigilosas;*

A abertura do atual processo aquisitivo tem por finalidade fornecer impresso para atender às necessidades da Secretaria de Saúde através de suas Unidades Básicas de Saúde, Pronto Atendimento, Ambulatório de Especialidades, que serão dispensados nos mais variados atendimentos e morbidades.

Conforme dispõe o art. 6º, inciso XXIII, alínea “b”, da Lei Federal nº 14.133/2021, a presente contratação fundamenta-se no Estudo Técnico que analisou a necessidade premente da Prefeitura Municipal de Bom Jesus dos Perdões – SP para o atendimento dos munícipes pela Secretaria de Saúde.

**4. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO:** *Lei 14.133, art. 6º, XXIII, alínea c: descrição da solução como um todo, considerado todo o ciclo de vida do objeto;*

A aquisição visa evitar prejuízos à população em face da ausência de fornecedores registrados em ata para o regular fornecimento do impresso. A opção pela aquisição por compra direta é a solução mais viável considerando o custo estimado para o impresso frente a realização de um processo licitatório.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DOS PERDÕES**  
Rua Dom Duarte Leopoldo Nº 83 – Centro – CEP: 12.955-0000  
CNPJ: 52.359.692/0001-62 Fone: (11) 4012-1000

**5. DOS REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO:** *Lei Federal nº 14.133, art. 6º, XXIII, alínea d: requisitos da contratação;*

Os requisitos básicos para a contratação são:

Os impressos deverão cumprir a Legislação Sanitária vigente, confeccionados por empresas devidamente registradas em território nacional.

Os impressos deverão ser confeccionados em obediência à **PORTARIA Nº 344, DE 12 DE MAIO DE 1998**. *Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.* E conforme a **RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 873, DE 27 DE MAIO DE 2024**. *Estabelece os critérios e os procedimentos para implementação de gerenciamento informatizado da distribuição de numeração de Notificações de Receita e de Talonários de Receituários no território nacional, por meio do o Sistema Nacional de Controle de Receituários (SNCR), e dá outras providências.* E de acordo com a **RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA ANVISA Nº 1.000, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2025**. *Dispõe sobre os requisitos de controle para Notificações de Receita, Receitas de Controle Especial e Receitas sujeitas à retenção emitidas em meio eletrônico.*

**Os impressos, somente serão autorizados para confecção após a conferência pelo farmacêutico responsável dos modelos.**

A confecção de Notificação de Receita B (Azul) e Notificação de Receita B2 (Azul) para a prescrição de medicamentos psicotrópicos conforme a numeração fornecida pela Autoridade Sanitária nos [Memorando 2.986/2026](#) e [Memorando 2.988/2026](#) conforme segue.

9.000 (Nove mil) números para a confecção de 180 blocos com 50 folhas de Notificação de Receita B (Azul) conforme modelo em anexo para a prescrição de medicamentos psicotrópicos.

- **AUTORIZAÇÃO NÚMERO: 07 / 2026**

NÚMERO DO PROTOCOLO	MODELO	QUANTIDADE	UNIDADE	NUMERAÇÃO AUTORIZADA
Protocolo VISA BJP: 113/26	Notificação de Receita "B" (NRB)	9.000 (nove mil)	Números	<b>2604.2-35.0158461 a 2604.2-35.0167460</b> Numeração liberada via SNCR



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DOS PERDÕES**  
Rua Dom Duarte Leopoldo Nº 83 – Centro – CEP: 12.955-0000  
CNPJ: 52.359.692/0001-62 Fone: (11) 4012-1000

### MODELO NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	PRESCRIÇÃO
<p>NÚMERO: <input type="text"/></p> <p>DATA: _____</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR</p> <p>PACIENTE: _____</p> <p>CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____</p> <p>ENDEREÇO COMPLETO: _____</p>	<p>NOME E ENDEREÇO COMPLETOS DO PROFISSIONAL + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF</p> <p>OU</p> <p>NOME DA INSTITUIÇÃO + CPN ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE</p> <p>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</p> <p>NOME: _____</p> <p>CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____</p> <p>ENDEREÇO COMPLETO: _____</p> <p>TELEFONE: _____</p>	<p>NOME DO MEDICAMENTO: _____</p> <p>CONCENTRAÇÃO: _____</p> <p>FORMA FARMACÉUTICA: _____</p> <p>QUANTIDADE: _____</p> <p>POSOLOGIA: _____</p>

\*NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO  
\*DATA DE IMPRESSÃO DESTES RECIPIENTES: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (recomendável)

No campo **IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE** deverá constar:

**Prefeitura Municipal de Bom Jesus dos Perdões**  
**Secretaria de Saúde**  
CNPJ 52.359.692/0001-62  
Rua São Geraldo, 350 – Centro  
Bom Jesus dos Perdões - SP

1.000 (Um mil) números para a confecção de 20 blocos com 50 folhas de Notificação de Receita B2 (Azul) conforme modelo em anexo para a prescrição de medicamentos psicotrópicos.

- **AUTORIZAÇÃO NÚMERO: 08 / 2026**

NÚMERO DO PROTOCOLO	MODELO	QUANTIDADE	UNIDADE	NUMERAÇÃO AUTORIZADA
Protocolo VISA BJP: 114/26	Notificação de Receita "B2" (NRB2)	1.000 (um mil)	Números	<b>2604.3-35.0009361 a 2604.3-35.0010360</b> <b>Numeração liberada via SNCR</b>



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DOS PERDÕES**  
Rua Dom Duarte Leopoldo Nº 83 – Centro – CEP: 12.955-0000  
CNPJ: 52.359.692/0001-62 Fone: (11) 4012-1000

## MODELO NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B2

<b>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA</b> NÚMERO <input type="text"/> <b>B2</b> DATA: _____ ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR PACIENTE: _____ CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____ ENDEREÇO COMPLETO: _____ _____	<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b> NOME E ENDEREÇO COMPLETOS DO PROFISSIONAL + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF <b>OU</b> NOME DA INSTITUIÇÃO + CPN ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE <b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b> NOME: CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: ENDEREÇO COMPLETO: TELEFONE:	<b>PRESCRIÇÃO</b> NOME DO MEDICAMENTO: CONCENTRAÇÃO: FORMA FARMACÊUTICA: QUANTIDADE: POSOLOGIA:
--	--	--

\*NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO  
\*DATA DE IMPRESSÃO DESTA RECEITÁRIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (recomendável)

No campo **IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE** deverá constar:

Prefeitura Municipal de Bom Jesus dos Perdões  
Secretaria de Saúde  
CNPJ 52.359.692/0001-62  
Rua São Geraldo, 350 – Centro  
Bom Jesus dos Perdões - SP

### **Antes de confirmar a confecção enviar amostra para análise.**

#### **6. EXECUÇÃO DO OBJETO:** Lei Federal nº 14.133, art. 6º, XXIII, alínea e:

A compra direta para a confecção de Notificação de Receita B (Azul) e Notificação de Receita B2 (Azul) para a prescrição de medicamentos psicotrópicos conforme a numeração fornecida pela Autoridade Sanitária.

#### **7.1. EXECUÇÃO:**

Será o fornecimento de impresso conforme modelos em anexo, para a manutenção dos atendimentos da Secretaria de Saúde para o desenvolvimento de sua atividade fim.

**7.2. DO LOCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS/ENTREGA:** O local para a entrega Rua Bárbara Cardoso, Nº 42 – Centro – Bom Jesus dos Perdões – SP – NO PRÉDIO DO ALMOXARIFADO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SEGUNDA À SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 16:00H. O prazo de entrega dos itens será fixado em 10 dias corridos após a emissão do empenho ou ordem de fornecimento. A entrega dos itens deverá ser efetuada apenas no Almojarifado da Secretaria da Saúde da Prefeitura Municipal de Bom Jesus dos Perdões, localizado à Rua Barbara Cardoso nº 42 – Centro – Bom Jesus dos Perdoes – SP,



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DOS PERDÕES**  
**Rua Dom Duarte Leopoldo Nº 83 – Centro – CEP: 12.955-0000**  
**CNPJ: 52.359.692/0001-62 Fone: (11) 4012-1000**

das 8:00 às 16:00 de Segunda à Sexta-Feira, salvo solicitação autorizada pela equipe de gestão do contrato. A data prevista para entrega, estimada inicialmente, deve ser confirmada pela Contratada diretamente no Almoxarifado da Secretaria de Saúde, com no mínimo 2 (dois) dias úteis de antecedência, sendo qualquer alteração na data prevista deve ser comunicada previamente ao almoxarifado pela Contratada, respeitando o prazo máximo de entrega no Termo de Referência, **toda a comunicação entre o Almoxarifado da Secretaria de Saúde e a Contratada dar-se-á de modo formal através do Sistema 1Doc ou similar disponibilizado pela Prefeitura afim de apresentar repercussões formais ao andamento do processo de execução do contrato.**

### **7.3. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:**

- a.** A contratante deverá encaminhar com o pedido (Ordem de Serviço ou Pedido de Compra) para a empresa, a respectiva nota de empenho a fim de assegurar que existe recursos financeiros para a realização da despesa.
- b.** A contratante deverá informar a data, local e horário para a contratada.
- c.** A CONTRATANTE deverá fornecer informações e esclarecimentos solicitados pela a CONTRATADA para fiel execução do contrato.
- d.** A CONTRATANTE deverá notificar à CONTRATADA, por escrito, a ocorrência de eventuais falhas ou imperfeições na prestação do fornecimento, fixando prazo para sua correção.
- e.** Notificar, formal e tempestivamente, a CONTRATADA sobre irregularidades observadas no cumprimento do presente contrato;
- f.** Notificar a CONTRATADA, por escrito e com antecedência, sobre multas, penalidades e quaisquer débitos de sua responsabilidade;
- g.** Fiscalizar a execução da presente contratação por um representante da CONTRATANTE ao qual competirá dirimir as dúvidas que surgirem no curso do fornecimento e de tudo dará ciência à Administração conforme legislação; A referida fiscalização não reduz, exclui a responsabilidade da CONTRATADA pelos danos causados diretamente ao CONTRATANTE decorrente de sua culpa ou dolo pela execução da administração.

### **7.4. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DOS PERDÕES**  
**Rua Dom Duarte Leopoldo Nº 83 – Centro – CEP: 12.955-0000**  
**CNPJ: 52.359.692/0001-62 Fone: (11) 4012-1000**

- o)** A CONTRATADA deverá nomear preposto, durante representá-lo na execução do contrato.
- p)** A CONTRATADA deverá manter o preposto aceito pela Administração Pública do Município de Bom Jesus dos Perdões.
- q)** A CONTRATADA deverá manter a vigência do contrato, as condições de habilitação exigidas na licitação, devendo comunicar à CONTRATANTE a superveniência de fato impeditivo da manutenção dessas condições.
- r)** A CONTRATADA deverá reparar, corrigir, remover, reconstruir, às suas expensas, no total ou em parte, o objeto do contrato em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções.
- s)** A CONTRATADA deverá responder pelos danos causados diretamente à CONTRATANTE ou seus bens, ou ainda a terceiros, decorrente de sua culpa ou dolo na execução do contrato.
- t)** A CONTRATADA deverá relatar à CONTRATANTE toda e qualquer irregularidade observada em virtude do fornecimento e prestar prontamente todos os esclarecimentos que forem solicitados.
- u)** A CONTRATADA se responsabilizará por quaisquer ações judiciais movidas por terceiros, que lhe venham a ser exigidas por força de lei, ligadas ao cumprimento do contrato.

**8. GESTÃO DE CONTRATO:** Lei Federal nº 14.133, art. 6º, XXIII, alínea f: modelo de gestão do contrato, que descreve como a execução do objeto será acompanhada e fiscalizada pelo órgão ou entidade;

**8.1.** O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133, de 2021, e cada parte responderão pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

**8.2.** As comunicações entre o órgão ou entidade e a contratada devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim.

**8.3.** O órgão ou entidade poderá convocar representante da empresa para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

**8.4.** Após a assinatura do contrato ou instrumento equivalente, o órgão ou entidade poderá convocar o representante da empresa contratada para reunião inicial para apresentação do plano de fiscalização, que conterá informações acerca das obrigações contratuais, dos



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DOS PERDÕES**  
**Rua Dom Duarte Leopoldo Nº 83 – Centro – CEP: 12.955-0000**  
**CNPJ: 52.359.692/0001-62 Fone: (11) 4012-1000**

mecanismos de fiscalização, das estratégias para execução do objeto, do plano complementar de execução da contratada, quando houver, do método de aferição dos resultados e das sanções aplicáveis, dentre outros.

**8.5.** A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo(s) fiscal(is) do contrato, ou pelos respectivos substitutos (Lei nº 14.133, de 2021, art. 117, caput), legalmente designados e pelo Decreto Municipal nº 11.662.

**8.6.** O (s) fiscal (is) do contrato acompanhará (ão) a execução do contrato, para que sejam cumpridas todas as condições estabelecidas no contrato, de modo a assegurar os melhores resultados para a Administração.

### **8.7. Fiscalização do Contrato**

A execução do contrato será acompanhada e fiscalizada por fiscais do contrato, ou pelos respectivos substitutos, legalmente designados pela Prefeitura Municipal de Bom Jesus dos Perdões - SP, conforme o Art. 117, caput, da Lei nº 14.133/2021 e o Decreto Municipal nº 30/2023.

Os fiscais terão as seguintes atribuições, entre outras:

- a)** Acompanhamento Contínuo: Acompanhar a execução do contrato para que sejam cumpridas todas as condições estabelecidas, assegurando os melhores resultados para a Administração.
- b)** Registro de Ocorrências: Registrar todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato, tais como atrasos, falhas na prestação dos serviços, não conformidades, e quaisquer outras situações que possam impactar o cumprimento do objeto.
- c)** Aplicação de Sanções: Propor a aplicação de sanções à contratada em caso de descumprimento contratual, conforme previsto no contrato e na legislação vigente.
- d)** Interface com a Contratada: Atuar como ponto focal para a comunicação entre a Contratante e a Contratada, dirimindo dúvidas e buscando soluções para eventuais problemas que surjam durante a execução.

### **8.8. FISCAL RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO DO OBJETO**

Nome: Adalberto Alexandrino Leite

CPF: 259.883858-00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DOS PERDÕES**  
Rua Dom Duarte Leopoldo Nº 83 – Centro – CEP: 12.955-0000  
CNPJ: 52.359.692/0001-62 Fone: (11) 4012-1000

Cargo: Farmacêutico

e-mail Institucional: [farmacia@bjperdoes.sp.gov.br](mailto:farmacia@bjperdoes.sp.gov.br)

Telefone: (11) 4891-2030 ramal 1077

### **8.9. GESTOR RESPONSÁVEL PELA DEMANDA**

Nome: Jane Mirian Crispim

CPF: 516.769.906-15

Cargo: Secretária Municipal de Saúde

e-mail Institucional: [sec.saude@bjperdoes.sp.gov.br](mailto:sec.saude@bjperdoes.sp.gov.br)

Telefone: (11) 4891-2030

**9. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E PAGAMENTO:** Lei Federal nº 14.133, art. 6º, XXIII, alínea g.

#### **Condições de Pagamento**

**9.1. Prazo:** O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados a partir da apresentação da fatura/nota fiscal, desde que o objeto contratado tenha sido entregue e a documentação da Contratada esteja regularizada.

**9.2. Documentação:** A fatura/nota fiscal deverá ser acompanhada de todos os documentos comprobatórios da regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária da empresa, bem como dos relatórios de execução dos serviços e das Ordens de Serviço correspondentes.

**9.3. Irregularidades:** Se a fatura/nota fiscal não for apresentada ou a documentação não esteja regularizada, a contagem dar-se-á somente a partir da apresentação de todos os documentos necessários à liquidação.

**9.4.** A nota fiscal/fatura não aprovada pela Prefeitura Municipal será devolvida ao contratado para as necessárias correções, com as informações que motivaram sua rejeição, reiniciando o prazo estabelecido para pagamento.

**9.5. Sustação:** Havendo circunstância que desaprove a liquidação da despesa, o pagamento será susado até que o contratado providencie as medidas saneadoras necessárias.

**9.6. Forma de Pagamento:** O pagamento será realizado em favor da CONTRATADA através de crédito bancário, sendo que a proponente deverá indicar, por escrito, juntamente com a nota fiscal/fatura, o número da conta corrente, o banco e o número da agência bancária onde deseja que seja efetuado o crédito correspondente.



**10. ESTIMATIVAS DO VALOR DE CONTRATAÇÃO:** Lei Federal nº 14.133, art. 6º, XXIII, alínea i: acompanhadas dos preços unitários referenciais, das memórias de cálculo e dos documentos que lhe dão suporte, com os parâmetros utilizados para a obtenção dos preços e para os respectivos cálculos, que devem constar de documento separado e classificado;

Estima-se o valor da contratação, seguida dos preços levantados através de pesquisa realizada pelo Setor de Compras da Secretaria de Saúde conforme consta no Mapa de Preços **Despacho 8- 2.997/2026**, de acordo com inciso VI do § 1º do art. 18 da Lei 14.133/2021 e art. 7º, inciso VI da IN 40/2020. Através de pesquisa de preço, foi verificado os seguintes valores:

ITEM	QUANTIDADE	UNIDADE	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	180	Bloco com 50 folhas	Confecção de blocos de 50 folhas de Notificação de Receita B Azul	R\$ 5,44	R\$ 980,00
2	20	Bloco com 50 folhas	Confecção de blocos de 50 folhas de Notificação de Receita B2 Azul	R\$ 14,00	R\$ 280,00

**VALOR TOTAL: R\$ 1.260,00 (Um Mil Duzentos e Sessenta Reais).**

**11. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:** Lei Federal nº 14.133, art. 6º, XXIII, alínea j.

As despesas decorrentes da presente contratação correrão à conta de dotações próprias da Prefeitura Municipal de Bom Jesus dos Perdões:

Conforme o Art. 6º, XXIII, alínea 'j' da Lei nº 14.133/2021, as despesas decorrentes da presente contratação correrão à conta de dotações orçamentárias próprias da Prefeitura Municipal de Bom Jesus dos Perdões. A existência de recursos orçamentários para fazer frente aos custos da contratação é condição essencial para a sua validade e execução.

As despesas serão classificadas e empenhadas nas seguintes dotações:

- **Ficha: 294**
- Funcional prog.: 10.301.008.2027 - PAB
- Natureza da despesa: 3.3.90.30 MATERIAL DE CONSUMO



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DOS PERDÕES**  
**Rua Dom Duarte Leopoldo Nº 83 – Centro – CEP: 12.955-0000**  
**CNPJ: 52.359.692/0001-62 Fone: (11) 4012-1000**

A adequação orçamentária foi verificada e confirmada pela Secretaria de Finanças, garantindo que há disponibilidade de recursos para cobrir os custos da contratação, durante todo o período de sua vigência, incluindo eventuais prorrogações, conforme a legislação orçamentária vigente.

## **12. FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR:**

**12.1** Conforme o Art. 6º, XXIII, alínea 'h' da Lei nº 14.133/2021, esta seção define a forma e os critérios para a seleção do fornecedor. O processo de seleção será conduzido de forma a garantir a isonomia, a competitividade e a escolha da proposta mais vantajosa para a Administração Pública.

### **12.3. Modalidade de Licitação**

Compra Direta.

### **12.4. Critério de Julgamento**

O fornecedor será selecionado através da seleção da proposta de menor preço por lote.

### **12.5. Exigências de Habilitação**

As exigências de habilitação jurídica, fiscal, social e trabalhista serão as usuais para a generalidade dos objetos, conforme disciplinado nos Art. 62 a 70 da Lei nº 14.133/2021. Além disso, serão solicitadas as seguintes comprovações:

**a) Habilitação Jurídica:** Registro comercial, ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, e prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ).

**b) Regularidade Fiscal, Social e Trabalhista:** Prova de regularidade para com as Fazendas Federal, Estadual e Municipal do domicílio ou sede do licitante, prova de regularidade relativa à Seguridade Social e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), e prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho.

## **12. DECLARAÇÃO DO SOLICITANTE**

Declaramos que este Termo de Referência está de acordo com a Lei nº 14.133/2021.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DOS PERDÕES**  
**Rua Dom Duarte Leopoldo Nº 83 – Centro – CEP: 12.955-0000**  
**CNPJ: 52.359.692/0001-62 Fone: (11) 4012-1000**

Este Termo de Referência, em conjunto com o Edital de Compra Direta Eletrônica e seus anexos, rege a presente contratação e deverá ser integralmente observado pela empresa contratada. Quaisquer dúvidas ou omissões serão dirimidas pela Contratante, com base na Lei nº 14.133/2021 e demais normas aplicáveis.

Bom Jesus dos Perdões, 16 de abril de 2026.

**Jane Mirian Crispim**  
**Secretária de Saúde**