



## **TERMO DE REFERÊNCIA**

### **1. OBJETO:**

Aquisição de Medicamento – Colírio anestésico (cloridrato de proximetacaína 0,5% sol. Oftálmica estéril 5ml).

### **2. JUSTIFICATIVA:**

2.1 Aquisição de medicamentos para atender a demanda Do Pronto Atendimento de Saúde do Município.

2.2 A Constituição Federal afirma no Art. 196 que: *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”*

2.3 Tendo em vista ainda as diretrizes do Sistema Único de Saúde, estabelecidas pelo art. 198 da CF, realçando especialmente a universalidade, integralidade e descentralização, em destaque a responsabilidade solidária entre os entes federados no atendimento da saúde.

Bem como, considerando o que dispõe o art. 2º da Lei 8.080/90:

2.4 *“Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.”*

### **3. DESCRIÇÃO DO ITEM:**

<b>Seq.</b>	<b>Quant</b>	<b>Unid.</b>	<b>Descrição do Produto</b>
01	05	FR	COLÍRIO ANESTÉSICO (CLORIDRATO DE PROXIMETACAÍNA 0,5% SOL. OFTÁLMICA ESTÉRIL 5ML)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SARAPUÍ**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**



**4. PRAZO, LOCAIS, FORMA DE EXECUÇÃO E RECEBIMENTO:**

- 4.1 A **CONTRATADA** deverá entregar o produto no prazo máximo de (07) sete dias, iniciados após a emissão do empenho.
- 4.2 O produto deverá ser entregue no endereço: Unidade de Saúde, Rua Coronel Ernesto Piedade, 137, centro, Sarapuí/SP, CEP 18225-000.
- 4.3 O produto será recebido e conferido pelo responsável do setor Almojarifado da Saúde.
- 4.4 O produto e Nota Fiscal deverá ser correspondente ao item e quantidade descritos no Termo de referência.

**5. RESPONSABILIDADE DA CONTRATANTE:**

- 5.1 Designar servidor para proceder e acompanhar o prazo e entrega do produto.
- 5.2 Efetuar o pagamento na forma e no prazo estabelecido.
- 5.3 Acompanhar e fiscalizar a entrega do produto, por um funcionário especificamente designado no caso pela Assistente Social da Saúde ou Diretor da Saúde, que atestará as Notas Fiscais para fins de pagamento, comprovado a a entrega.
- 5.4 Notificar a contratada por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades constatada no produto entrega, para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

**6. APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA:**

6.1 A proponente deverá apresentar os preços unitários e totais orçados com base na planilha orçamentária, em moeda corrente nacional, incluindo todas as despesas diretas e indiretas necessárias a plena execução dos serviços, objeto em questão, incluindo despesas com impostos, taxas, seguros, garantias, encargos sociais.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SARAPUÍ**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**



**7. GARANTIA:** Não se aplica.

**8. PAGAMENTO:**

8.1 Após a entrega do produto, estando ele de acordo com as especificações, a nota fiscal será encaminhada para o setor competente para procedimentos de pagamento, que será realizado em conta corrente em nome de pessoa jurídica, em até 30 (trinta) dias.

**9. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

9.1 O recurso para aquisição do referido serviço correrá por conta da Despesa Orçamentária:

Fonte de Recurso: Ficha 396 - Recurso Federal – Pab-fixo

**10. FISCALIZAÇÃO DA CONTRATAÇÃO:** O funcionário designado fará a fiscalização da entrega realizada que será conferida e comprovada por assinatura na Nota Fiscal correspondente.

Sarapuí, 27 de Fevereiro de 2024.

---

Marcos Paulo Machado  
Diretor Municipal de Saúde