



### *Termo de Referência*

#### **1. OBJETO:**

1.1 AQUISIÇÃO DE APARELHO PARA AFERIR PRESSÃO ARTERIAL (ESFIGNOMANÔMETRO COMUM) - TAMANHO ADULTO.

1.2 AQUISIÇÃO DE OXÍMETRO DE PULSO/DEDO LED, COM 2 PILHAS ALCALINAS.

#### **2. JUSTIFICATIVA DA COMPRA:**

2.1 Equipamento de enfermagem para atendimento aos pacientes das Unidades de Saúde do Município.

3.2 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.”

3.3 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:

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

#### **3. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS:**

ITEM	QUANT	PRODUTO
1	20 UN	ESFIGNOMANÔMETRO (APARELHO DE MEDIR PRESSÃO ARTERIAL) TAM ADULTO, COM BRAÇADEIRA, VÁVULA DE DEFINIÇÃO E PÊRA. (ADULTO)



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



2	05 UN	OXÍMETRO DE PULSO/LED, COM 2 PILHAS ALCALINAS
---	-------	-----------------------------------------------

**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 Local de entrega: Almoxarifado, Unidade de Saúde, Rua Coronel Ernesto Piedade, 137, centro, Sarapuí/SP, CEP 18225-000.
- 4.3 O produto será recebido e conferido pelo Funcionário responsável pelo Almoxarifado ou Diretor 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:**

- a. Responsável designado deverá acompanhar o prazo de entrega estabelecido neste.
- b. Efetuar o pagamento na forma e no prazo estabelecido.
- c. Acompanhar e fiscalizar a entrega do produto, por um funcionário especificamente designado no caso responsável pelo almoxarifado da Saúde ou Diretor da Saúde, que atestará as Notas Fiscais para fins de pagamento, e comprovação da entrega dos produtos
- d. Notificar a contratada por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades constatada no produto entregue, para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

**6. APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA:**



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



- a. 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.

**7. GARANTIA:** Não se aplica.

**8. PAGAMENTO:**

- a. 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 175 - Recurso Próprio.

**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, 16 de Fevereiro de 2024.

---

Marcos Paulo Machado  
Diretor Municipal de Saúde