



ESTADO DO PARÁ
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS

CNPJ Nº. 11.884.818/0001-30 – Fone: (93) 3547-2979/3026
Rua Almirante Barroso, 330, Centro – CEP: 68.250-000E-mail: semsaobidos@yahoo.com.br

TERMO DE REFERÊNCIA

1 - OBJETO:

Contratação de Empresa especializada em **SERVIÇOS GRÁFICOS** para atender as atividades desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde no exercício de 2019.

2 - OBJETIVO:

O objetivo deste Termo de Referência é a contratação de empresa especializada em **SERVIÇOS GRÁFICOS**, conforme as condições e especificações constantes deste termo de referência, para atender as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde.

3 - JUSTIFICATIVA:

Tendo em vista a necessidade de confecção de material gráfico para os serviços burocráticos, divulgação de campanhas e eventos, demandas dos setores e outros serviços a serem realizados pela secretaria Municipal de Saúde, fazem-se necessária a contratação de empresa especializada na confecção deste tipo de material. Assim, a execução dos serviços gráficos se justifica visando atender os objetivos e demandas da Secretaria Municipal de Saúde âmbito da atenção básica e atenção especializada bem como na publicidade de campanhas e execução dos serviços da vigilância sanitária e demais unidades básicas de saúde, que, além de fundamental importância, permite maior transparência e visibilidade das ações e trabalhos realizados na entidade.

4 - ESPECIFICAÇÃO:

4.1 - Estão anexos a este termo de referência o quantitativo, valores e especificações do material gráfico, conforme planilha em anexo:

5 - DAS CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO E ACEITAÇÃO

5.1 - Os materiais gráficos serão considerados aceitos, quando estiverem de acordo com os modelos solicitados e encaminhados pela SEMSA.

5.2 – A fiscalização do contrato será executada pelos servidores: **PABLO HENRIQUE FLORENZANO VIANA**, portadora do CPF nº 942.759.392-04 e RG nº 5858550-PC/PA, ocupante do cargo de Chefe de Divisão, Contratado, Ens. Sup.Completo, Matrícula Funcional nº 023966-6, para acompanhar e fiscalizar a execução do objeto constante do respectivo Pregão Presencial, no qual a Prefeitura Municipal de Óbidos é CONTRATANTE, e pela servidora **ELIZABETH DE AZEVEDO GOMES**, portadora do CPF: 909.729.022-87 e RG: 5002336 – PC/PA,



ESTADO DO PARÁ
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS

CNPJ Nº. 11.884.818/0001-30 – Fone: (93) 3547-2979/3026
Rua Almirante Barroso, 330, Centro – CEP: 68.250-000E-mail: semsaobidos@yahoo.com.br

ocupante do cargo de Auxiliar Administrativo, Efetivo, Ens. Médio, Matrícula Funcional nº 023232-7

5.3 - Provisoriamente, para efeito de posterior verificação da conformidade do produto, com a especificação. No local de entrega, o servidor designado fará o recebimento dos materiais limitando-se a verificar a sua conformidade com o discriminado na Nota Fiscal, fazendo constar a data da entrega dos materiais e, se for o caso, as irregularidades observadas;

5.4 - Definitivamente, no prazo de até 05 dias úteis, contados do recebimento provisório pelo servidor responsável do Almoxarifado, que verificará as especificações e as qualificações dos produtos entregues, de conformidade com o exigido neste edital.

5.5 - Com a conferência definitiva e a aprovação do servidor responsável pelo Almoxarifado a nota será carimbada e encaminhada para processo de pagamento.

5.6 - Não serão aceitos materiais em desacordo com o estabelecido no termo de referência, e que não estejam compatíveis com as amostras enviadas.

5.7 - A quantidade esteja em conformidade com a solicitação efetuada;

5.8 - A especificação esteja em conformidade com a proposta da licitante vencedora;

5.9 - O CONTRATANTE se reserva o direito de devolver, no todo ou em parte, os materiais que não atenderem ao que ficou estabelecido no presente termo e no contrato e/ou que não estejam adequados para o uso.

6. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

6.1. Executar o fornecimento dos materiais, obedecendo rigorosamente às especificações discriminadas no Termo de Referência.

6.2. Arcar com qualquer prejuízo causado à Administração ou a terceiros por seus empregados durante a entrega dos materiais.

6.3. Atender prontamente qualquer exigência, solicitação do representante da SEMSA, inerente ao objeto deste Termo de Referência.



ESTADO DO PARÁ
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS

CNPJ Nº. 11.884.818/0001-30 – Fone: (93) 3547-2979/3026
Rua Almirante Barroso, 330, Centro – CEP: 68.250-000E-mail: semsaobidos@yahoo.com.br

6.4. Assumir o ônus e responsabilidades pelo recolhimento de todos os tributos federais, estaduais e municipais que incidam ou venham a incidir sobre o objeto deste Termo de Referência.

6.5. Manter durante a execução do contrato todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na contratação.

6.6. Não transferir a outrem, no todo ou em parte, o objeto do contrato a ser firmado.

7. DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE:

7.1. Permitir acesso dos empregados da CONTRATADA às suas dependências para a entrega do material, com a devida identificação;

7.2. Prestar as informações e os esclarecimentos pertinentes que venham a ser solicitados pelo representante da CONTRATADA;

7.3. Comunicar oficialmente à CONTRATADA quaisquer falhas ocorridas, consideradas de natureza grave;

7.4. Fornecer o modelo dos impressos e também avisar de eventuais modificações;

7.5. Efetuar os pagamentos nos prazos previstos no edital.

8. FORMA DE FORNECIMENTO E LOCAL DE ENTREGA:

8.1. Os produtos deverão ser entregues no Almoxarifado da Secretaria Municipal de Saúde, cito à Rua José do Patrocínio, 158, Bairro de Fátima, em Óbidos - PA.

8.2. A empresa deverá entregar os produtos no horário das 07h30min às 13h30min, de segunda a sexta-feira.

8.3. As despesas relativas ao fornecimento tais como fretes e/ou transportes, correrão à custa exclusivamente da licitante vencedora.

8.4. As entregas deverão ser realizadas no máximo 05 (Cinco) dias úteis contados a partir da data do recebimento da Ordem de Compra, de acordo com as especificações e demais condições estipuladas na proposta comercial;

9- DO PAGAMENTO:

Após o recebimento da nota fiscal e devidamente certificada pelo **Responsável do Protocolo**, havendo disponibilidade financeira para o pagamento, será efetuado através de transferência bancária em conta corrente pela Secretaria Municipal de



ESTADO DO PARÁ
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS

CNPJ Nº. 11.884.818/0001-30 – Fone: (93) 3547-2979/3026
Rua Almirante Barroso, 330, Centro – CEP: 68.250-000E-mail: semsaobidos@yahoo.com.br

Saúde, o qual ocorrerá a partir de 30 (Trinta) dias, contados do recebimento da Nota Fiscal.

10- DO VALOR ESTIMADO:

O valor estimado para aquisição dos referidos produtos a serem licitados, no valor de R\$ 359.205,18 (Trezentos e cinquenta e nove mil e duzentos e cinco reais e dezoito centavos)

A pesquisa de preço foi realizada pela SEMAB.

11-PROGRAMÁTICO:

As despesas serão custeadas com recursos do:

FUS – FUNDO ÚNICO DE SAÚDE ✓

PAB – PROGRAMA DE ATENÇÃO BÁSICA ✓

DIVISA – DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA ✓

PACS – PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE ✓

DMAC – DEPARTAMENTO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE ✓

ESF – ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ✓

PAB/MAE (RECEBEDORA)

Nathália Rodrigues da Silva

CPF: 526.328.762-87

Decreto nº 540/2018

Nathália Rodrigues da Silva
Secretária Municipal de Saúde
Decreto: 540/2018