



## Termo de Referência

**Objeto:** Aquisição de Medicamentos.

**Quantidade:**

Quantidade	Unidade	Descrição
402	AMP	ENOXAPARINA SODICA 40mg/0,4ml Uso Subcutaneo

**Prazo de entrega:** 05 dias.

**Condições de Pagamento:** O pagamento será efetuado em 30(trinta) dias, a contar da data do recebimento da Nota Fiscal, devidamente vistada pelo órgão requisitante, comprovando a entrega do item ao Município de Cabreúva.

**Resumo justificativa:** Para atendimento protocolo Secretaria de Saúde.

**Destinação dos bens:** Atendimento de demanda COVID