



## Termo de Referência

**Objeto:** Aquisição de Medicamentos.

**Quantidade:**

Quantidade	Unidade	Descrição
10	FRS	SOLUÇÃO DE CLORETO DE SÓDIO 0,9% 1000ML
200	FRS	SORO FISIOLÓGICO 0,9% DE 250ML
300	FRS	SORO FISIOLÓGICO 0,9% DE 500ML
700	FRS	SORO FISIOLÓGICO 0,9% FRASCO DE 100ML
100	FRS	SORO GLICOSADO 5% 250ML
120	FRS	SORO RINGER LACTATO

**Prazo de entrega:** 10 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 demanda COVID – Santa Casa.

**Destinação dos bens:** Material necessário para o combate ao coronavírus, devido a pandemia do COVID-19.