



Termo de Referência

Objeto: Aquisição de Medicamentos.

Quantidade:

| Quantidade | Unidade | Descrição |
|------------|---------|--|
| 100 | AMP | HEPARINA SODICA SUBCULTANEA 5.000UI (SC/IV) |
| 500 | AMP | ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML USO SUBCUTANEO |
| 100 | AMP | PETIDINA 50 MG/ML AMPOLA 2ML |
| 60 | FRA | SUXAMETONIO 100MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETAVEL |

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 protocolo Secretaria de Saúde.

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