**TERMO DE REFERÊNCIA**

**OBJETO:** Aquisição de materiais de limpeza e mercado, em conformidade com a discriminação contida no Termo de Referência em anexo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **UN** | **QNTD** | **DESCRIÇÃO** |
|  | Fr | 4 | Aromatizador de ambientes aerosol |
|  | Pct | 3 | Bolacha de agua e sal |
|  | pct | 3 | Bolacha de leite ou maizena |
|  | Pct | 10 | Cafe torrado e moido, 500 gramas |
|  | cx | 4 | Cha mate caixa com 250 g |
|  | gl | 2 | Desinfetante perfumado, galão 5 litros |
|  | Gl | 1 | Detergente liquido neutro, galao 5 litos |
|  | Uni | 8 | Esponja lava louça |
|  | Gl | 1 | Hipoclorito galao 5 litros |
|  | Pct | 30 | Papel higienico folha simples pct 4 unidades |
|  | Pct | 8 | Papel toalha com 2 rolos |
|  | Pct | 1 | Sabão em barra unitario |
|  | Pct | 2 | Sabao em pó pacote 1 kg |
|  | uni | 4 | Saponaceo cremoso frasco 300 ml |

**JUSTIFICATIVA:** Os itens são necessários para o funcionamento das unidades e oferecimento dos procedimentos e trabalhos ofertados.

**SETOR RESPONSÁVEL:** Clinica de especialidades

**RECURSO:** Próprios.

**DO PAGAMENTO:** 30 dias após emissão e recebimento da nota fiscal.

**LOCAL DE ENTREGA:** Avenida Eduardo de Castilho, 700, Centro, Penápolis-SP (CEP: 16.300-021) – Horário: das 7:00hrs às 17:00hrs.