**TERMO DE REFERÊNCIA**

**OBJETO:** Aquisição de medicamentos para atender a microrregiao, em conformidade com a discriminação contida no Termo de Referência em anexo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **UN** | **QNTD** | **DESCRIÇÃO** |
|  | Cps | 1200 | Fenitoina 100 mg |
|  | Cps | 6000 | Levomepromazina, maleato 100 mg |

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

**SETOR RESPONSÁVEL:** Farmacia Caps

**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.