

TERMO DE REFERÊNCIA

UNIDADE SOLICITANTE: Secretaria de Saúde
Telefone: 3242-9783

1. OBJETO

1.1. Especificação

Serviço gráfico para confecção de impressos.

1.2. Quantidade

- 12.600 unidades de Cartão de Identidade e Agendamento - Cartão de identidade e agendamento cartolina 1 x 1 180 gr 14 x 12 cm.
- 3.000 unidades de Envelope de Identificação e Matrícula - Envelope tipo saco com identificação e matrícula e abertura na parte de cima 26 x 36 cm 1 x 0 90 gr craft natural.

2. JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DA CONTRATAÇÃO

Solicitação de serviço gráfico para confecção de impressos utilizados na rede municipal de saúde necessários para o melhor desempenho e organização das atividades executadas por cada unidade de saúde como agendamentos e pastas de prontuários dos pacientes usuários dos serviços de saúde do município.

3. ESTIMATIVA DE PREÇOS E PREÇOS REFERENCIAIS

O custo estimado da contratação é de R\$ 2.545,00.

4. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

4.1. São obrigações da contratante:

4.1.1. Receber o objeto no prazo e condições estabelecidas na solicitação da compra;

4.1.2. Comunicar à Contratada, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;

4.1.3. Efetuar o pagamento à Contratada no valor correspondente ao fornecimento do objeto, no prazo e forma estabelecidos no Edital e seus anexos;

5. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

5.1. A Contratada deve cumprir todas as obrigações constantes da proposta aceita e, ainda:

5.1.1. Efetuar a entrega do objeto em perfeitas condições, conforme especificações, prazo e local constantes da proposta, acompanhado da respectiva nota fiscal.

5.1.3. Substituir, reparar ou corrigir, às suas expensas, no prazo fixado neste Termo de Referência, o objeto com avarias ou defeitos;

5.1.4. Comunicar à Contratante, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas que antecede a data da entrega, os motivos que impossibilitem o cumprimento do prazo previsto, com a devida comprovação;

5.1.5. A entrega do objeto deverá ser feita na Secretaria Municipal de Saúde de Monte Alto no endereço Rua Bahia, nº 371 – São Guilherme – Monte Alto/SP.

6. FORMA E PRAZO DE PAGAMENTO

6.1. O pagamento será realizado no prazo máximo de até 30 dias, contados a partir do recebimento da Nota Fiscal ou Fatura, através de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo contratado.

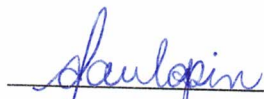
6.1.1. A Nota Fiscal/Fatura liquidada, deverá, obrigatoriamente, conter o mesmo CNPJ/MF do vencedor da contratação e atestada pelo fiscal do contrato.

6.2. Considera-se ocorrido o recebimento da nota fiscal ou fatura no momento em que o órgão contratante atestar a execução do objeto do contrato.

6.3. Constatando-se alguma irregularidade da contratada, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério da contratante.

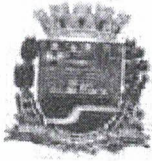
7. RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

Ficha 389 – saldo R\$ 8.991,29.



Ana Paula Juntini Pupin

frente



Secretaria de Saúde
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO
E AGENDAMENTO

Nome: _____

Matrícula nº _____ Data de Matr. _____

Data de Nasc.: _____ Sexo: _____

US: _____

SEU ATENDIMENTO DEPENDE DA APRESENTAÇÃO DESTE CARTÃO

