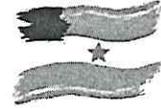




PREFEITURA DE
MONTE ALTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



TERMO DE REFERÊNCIA

UNIDADE SOLICITANTE: EAP DR ROBERTO DA ROCHA LEÃO

Telefone: 16-3242-4811

1. OBJETO

1.1. Especificação

Aquisição de mangueira para manutenção de higienização da unidade de saúde.

1.2. Quantidade

60 metros de mangueira de jardim de ½ laranja

2. JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DA CONTRATAÇÃO

Mangueira para ser utilizada nesta unidade de saúde para manutenção predial, limpeza da unidade de saúde e higienização, vista que o espaço físico desta unidade de saúde é grande com necessidades de limpeza rotineira com uso de mangueira para lavagem das áreas externas e internas. Unidades de saúde necessitam serem lavadas para manter a higiene do local e diminuição de riscos de contaminação.

3. ESTIMATIVA DE PREÇOS E PREÇOS REFERENCIAIS

O custo estimado da contratação é de R\$ 224,10.

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;

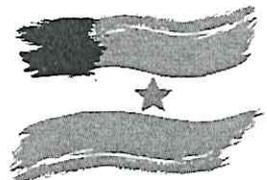
Rua Bahia, nº 371 – São Guilherme - Monte Alto - SP

Telefone: (16) 3242 9783

secsaude.equipa@montealto.sp.gov.br

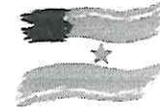
www.montealto.sp.gov.br  PrefMonteAlto

Ja





PREFEITURA DE
MONTE ALTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



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 EAP Dr Roberto da Rocha Leão, Avenida Antonio Inforçatti, Nº 100, Bandeirantes, Monte Alto.

6. FORMA E PRAZO DE PAGAMENTO

6.1. O pagamento será realizado no prazo máximo de até 30 (trinta) 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.

Rua Bahia, nº 371 – São Guilherme - Monte Alto - SP
Telefone: (16) 3242 9783
secsaude.equipa@montealto.sp.gov.br

www.montealto.sp.gov.br  PrefMonteAlto





PREFEITURA DE
MONTE ALTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



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 Orçamentária Nº 1028

Vanessa Simão C. Bastos
Secretária de Saúde

Assinatura do responsável pela Formalização da Demanda

Monte Alto, 05 de Julho de 2024.

