**TERMO DE REFERÊNCIA**

**OBJETO:** Aquisição de material de enfermagem para a clinica de especialidades, Caps e SAE/DST, em conformidade com a discriminação contida no Termo de Referência em anexo.

| ITEM | UN | QNTD | DESCRIÇÃO |
|---|---|---|---|
| 1. | Amp | 200 | Agua destilada 10 ml |
| 2. | Cx | 2 | Agulha descartavel 30x08 |
| 3. | Cx | 2 | Agulha descartavel 25x07 |
| 4. | Litro | 30 | Alcool etílico 70% |
| 5. | Pct | 50 | Compressa de gaze hidrofila nao esteril |
| 6. | Uni | 2 | Desincrustante em pó 1kg |
| 7. | Cx | 2 | Fio de sutura shalon mononyon 3.0 agulha 2.0 |
| 8. | Cx | 2 | Fio de sutura shalon mononylon 4.0 agula 2.0 |
| 9. | Cx | 20 | Indicador biológico para altoclave caixa com 10 unidades |
| 10. | Cx | 30 | Luva de procedimento em latex tamanho M |
| 11. | Cx | 20 | Luva de procedimento em latex tamanho P |
| 12. | Par | 200 | Luva cirurgica nº 6,5 |
| 13. | Par | 100 | Luva cirurgica nº 7,0 |
| 14. | Uni | 100 | Scalp 21 |
| 15. | Uni | 200 | Scalp 23 |
| 16. | Uni | 200 | Scalp 25 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 17. | Uni | 200 | Seringa hipodermica 10ml |
| 18. | Uni | 100 | Seringa hipodermica 3ml |
| 19. | Uni | 100 | Seringa hipodermica 5ml |

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

**SETOR RESPONSÁVEL:** Clinica de especialidades, SAE/DST, 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.