

TERMO DE REFERÊNCIA

1- DO OBJETO

| ITEM | DESCRIÇÃO | UNIDADE DE MEDIDA | QUANT. |
|------|---------------------------------------|-------------------|--------|
| 1 | Bolsa ecobag de algodão personalizada | und | 350 |

2- DA JUSTIFICATIVA

A solicitação é necessária, tendo em vista, a necessidade de promoção em saúde pública, sobretudo referindo-se a campanha do dia internacional da mulher, organizada por esta secretaria, que acontecerá do dia 10/03/2025 a 15/03/2025.

3- DA ENTREGA

O fornecimento dos produtos deverá ocorrer em **remessa única**, conforme informação abaixo:

| NO PRAZO MÁXIMO DE | LOCAL DE ENTREGA | HORÁRIO DE ENTREGA | ENDEREÇO |
|--------------------|-------------------------------|--------------------|--|
| 10 dias | Secretaria Municipal de Saúde | 09:00 às 16:00 h | Rua Professora Maria Emilia Esteves, nº 617, Centro, São José do Vale do Rio Preto |

4- DO CONTROLE DE EXECUÇÃO:

A fiscalização da contratação será exercida pela Secretaria de Saúde através do Fiscal, conforme informados abaixo:

- Débora Jucá Raposo Vasti, matrícula 6385.
- Emanuele de Oliveira Mendes, matrícula 3999.

São José do Vale do Rio Preto, em 12 de fevereiro de 2025

CINTIA MACHADO SOUTO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE





MUNICIPIO SÃO JOSE DO VALE DO RIO PRETO

RUA PROFESSORA MARIA EMÍLIA ESTEVES, Nº 691 - CENTRO

SJVRP/RJ - CEP: 25780-000

FONE (24) 2224-7404



CÓDIGO DE ACESSO

FCD829ADF1EC4EBF9454B51639DEA3D5

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Este documento foi assinado digitalmente/eletronicamente pelos seguintes signatários nas datas indicadas

Para verificar a validade das assinaturas acesse o link abaixo

<https://sjvriopreto.flowdocs.com.br/public/assinaturas/FCD829ADF1EC4EBF9454B51639DEA3D5>