



ESTADO DE GOIÁS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOVIANIA
TERMO DE REFERÊNCIA 26149
2025

01 - Objeto:

1 - TERMO DE SOLICITAÇÃO
SOLICITAÇÃO DE AQUISIÇÃO DE MATERIAL LABORATORIAL.

2 - TERMO DE REFERÊNCIA

2.1 - OBJETO
AQUISIÇÃO DE MATERIAL LABORATORIAL DESTINADO AO LABORATÓRIO MUNICIPAL.

2.2 - JUSTIFICATIVA
A PRESENTE AQUISIÇÃO SE JUSTIFICA EM RAZÃO DE QUE O MATERIAL DESCRITO ABAIXO É ESSENCIAL PARA A REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS DISPONIBILIZADOS AOS PACIENTES ATENDIDOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JOVIÂNIA.

2.3 - COMPOSIÇÃO DE PREÇO DO BEM
NOS PREÇOS PROPOSTOS DEVERÃO ESTAR INCLUÍDAS TODAS AS DESPESAS NECESSÁRIAS, TAIS COMO: TRANSPORTE, CARGA, DESCARGA, ENCARGOS SOCIAIS, TRABALHISTAS, PREVIDENCIÁRIOS, SECURITÁRIOS, IMPOSTOS E TAXAS QUE INCIDAM OU VENHAM A INCIDIR, DIRETA OU INDIRETAMENTE, NO FORNECIMENTO DO BEM ORA ADQUIRIDO. NO CASO DE OMISSÃO DOS REFERIDOS IMPOSTOS, TRIBUTOS E DESPESAS CONSIDERAR-SE-ÃO INCLUSOS NO VALOR OFERTADO. DEVERÁ SER REALIZADA COTAÇÃO MÍNIMA DE TRÊS EMPRESAS PARA A COMPOSIÇÃO DOS PREÇOS DOS PRODUTOS A SEREM ADQUIRIDOS, QUE SERVIRÃO DE PARÂMETRO PARA EFEITO DE JULGAMENTO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DEFINIÇÃO DA EMPRESA VENCEDORA.

2.4 - PAGAMENTO
O PAGAMENTO SERÁ REALIZADO APÓS A ENTREGA DO MATERIAL E A APRESENTAÇÃO DA NOTA FISCAL.
A DESPESA SERÁ CUSTEADA PELO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, AGÊNCIA: 3681-1, CONTA CORRENTE: 9304-1, FONTE: 102.000.

2.5 - ENTREGA DO OBJETO
O FORNECIMENTO SERÁ EFETUADO DE FORMA ÚNICA, NA SEDE DA CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICA - CAF, SITUADA NO ENDEREÇO AVENIDA DÃO BARBOSA, Nº 627, CENTRO.

ROUDISON SABINO MUNIZ
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Descrição	Unidade	Quantidade
1	SORO, TIPO ANTI-A, COMPOSIÇÃO MONOCLONAL, FRASCO COM 10 ML	UNIDADE	1,0000
2	SORO, TIPO ANTI-B, COMPOSIÇÃO MONOCLONAL, FRASCO COM 10 ML	UNIDADE	1,0000
3	SORO, TIPO ANTI-D, COMPOSIÇÃO MONOCLONAL, FRASCO COM 10 ML	UNIDADE	1,0000
4	REAGENTE TGO CINETICO MARCA INVITRO	UNIDADE	1,0000

02 - Motivação:

03 - Especificações Técnicas:

04 - Prazo, local e condições de entrega ou execução:

05 - Prazo e Condições de Garantia:

06 - Responsável pelo acompanhamento da prestação de serviço, telefone e email:

07 - Condições e prazo de pagamento:

08 - Critério de avaliação das propostas:

09 - Resultados esperados:



ESTADO DE GOIÁS
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE JOVIANIA
TERMO DE REFERÊNCIA 26149
2025

Emissor