



ESTADO DO PARÁ
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS

CNPJ Nº. 11.884.818/0001-30 – Fone: (93) 3547-2979/3026
Rua Almirante Barroso, 330, Centro – CEP: 68.250-000E-mail: semsaobidos@yahoo.com.br

TERMO DE REFERÊNCIA

1-OBJETO:

O presente Termo de Referência tem por objeto a aquisição de **Ambulância Tipo A**, para atender necessidades da Secretaria Municipal de Saúde de Óbidos no exercício de 2018.

2- OBJETIVO:

Aquisição de equipamentos: Ambulância tipo A, para atendimento no âmbito da atenção básica e atenção especializada, conforme as condições e especificações inerentes de suas especificações.

3-JUSTIFICATIVA:

Justifica-se a Aquisição da ambulância para diante a necessidade de atenção aos munícipes que necessitam de transporte de urgência e emergência afim dar assistência no transporte dos que necessitem desse tipo de locomoção no âmbito municipal.

4-ESPECIFICAÇÕES:

Estão descritas conforme especificação na planilha em anexo.

5. DO LOCAL E PRAZO DE ENTREGA:

5.1. O bem deverá ser entregue no Almojarifado da Secretaria Municipal de Saúde, cito à Rua José do Patrocínio, 158, Bairro de Fátima, em Óbidos - PA.

5.2. A empresa deverá entregar a Ambulância Tipo A no horário das 07h30min às 13h30min, de segunda a sexta-feira não será recebido Ambulância Tipo A fora do expediente de trabalho.

5.3. As despesas relativas ao fornecimento tais como fretes e/ou transportes, correrão à custa exclusivamente da licitante vencedora.

5.4. A entrega deverá ser realizada no máximo 07 (Sete) dias úteis contados a partir da data do recebimento da Autorização de Compra, de acordo com as especificações e demais condições estipuladas na proposta comercial;