PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GABRIEL DA PALHA

PRAÇA VICENTE GLAZAR, 156 - CENTRO - SÃO GABRIEL DA PALHA - ES - CEP: 29780-000 CNPJ: 13.932.227/0001-17 TEL: 2737271366 FAX: SITE:

Autorização de Fornecimento/Execução
Nº 000105/2021 de 22/04/2021

Órgão	**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE**	*Processo*	**002612/2021**
Setor	**ALMOXARIFADO**		
Origem	**Dispensa Nº 000063/2021**	*Termo/Contrato*	
Dotação	**000004000002.1030142032.406.33903000000.22140000001**	*Ficha*	**00523-2214000000**
Fornecedor	**HOSPIDROGAS COMÉRCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA**	*CNPJ*	**35.997.345/0001-46**
Endereço	**RUA RUA ALCINDO GUANABARA, 417 - CRITOVAO COLOMBO - VILA VELHA - ES - CEP: 29106400**	*Telefone*	**(27) 3391 - 0685**

Item	*Lote*	*Código*	*Especificação*	*Marca*	*Unidade*	*Quantidade*	*Unitário*	*Valor Total*
00001		00055410	MÁSCARA CIRÚRGICA DESCARTÁVEL 03 camadas com elástico DESCARPACK	DESCARPACK	CX	600,000	65,000	39.000,00
00002		00055411	TOUCA DESCARTAVEL COM ELÁSTICO sanfonada ANAPOLIS	ANAPOLIS	UND	2.000,000	0,260	520,00
Total Geral								**39.520,00**

Aquisição de material médico hospitalar através da Ata de Registro de Preços nº 015/2020 do CIM Noroeste.

Prazo de Entrega/Execução **10 dia(s)**

Condição de Pagamento **30 dias**

Autorizo a entrega do material e/ou serviço em: ___/___/_____

Diretor do Departamento de Compras e Contratos

Fornecedor **Declaro(amos) que Recebi(emos) esta Autorização em ___/___/_____**

Carimbo e assinatura do fornecedor

Local de entrega ALMOXARIFADO

Data e assinatura do almoxarife