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 000118/2021 de 28/04/2021

Órgão	**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE**	*Processo*	**002713/2021**
Setor	**FARMÁCIA**		
Origem	**Dispensa Nº 000075/2021**	*Termo/Contrato*	
Dotação	**000004000002.1030342062.412.33903200000.22140000003**	*Ficha*	**00558-2214000000**
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		00038696	IVERMECTINA 06 MG VITAMEDIC	VITAMEDIC	UND	6.000,000	1,920	11.520,00
Total Geral								**11.520,00**

Aquisição de medicamento através da Ata de Registro de Preços nº 026/2020 do CIM Noroeste.

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

Condição de Pagamento **30 dias APÓS ENTREGA**

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 FARMÁCIA

Data e assinatura do almoxarife