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 000120/2021 de 28/04/2021

Órgão	**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE**	*Processo*	**002715/2021**
Setor	**FARMÁCIA**		
Origem	**Dispensa Nº 000077/2021**	*Termo/Contrato*	
Dotação	**000004000002.1030342062.412.33903200000.22140000003**	*Ficha*	**00558-2214000000**
Fornecedor	**INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA**	*CNPJ*	**12.889.035/0001-02**
Endereço	**AVENIDA José Oscar Salazar, 1385 - - - ERECHIM - RS - CEP: 29700000**	*Telefone*	**(00) 0000 - 0000**

Item	*Lote*	*Código*	*Especificação*	*Marca*	*Unidade*	*Quantidade*	*Unitário*	*Valor Total*
00001		00054086	AZITROMICINA 500MG CIMED	CIMED	COMP	5.000,000	1,200	6.000,00
Total Geral								**6.000,00**

Aquisiçaõ de medicamento através da Ata de Registro de Preços nº 094/2020 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