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 000182/2021 de 14/06/2021

Órgão	**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE**	*Processo*	**003116/2021**
Setor	**ALMOXARIFADO**		
Origem	**Dispensa Nº 000115/2021**	*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		00053690	ALCOOL EM GEL 70 500ML. contendo 24 unidades LIMA&PERGHER-GELALCOOL	LIMA&PERGHER-GELALCOOL	CX	10,000	170,000	1.700,00
00002		00055410	MÁSCARA CIRÚRGICA DESCARTÁVEL 03 camadas com elástico DESCARPACK	DESCARPACK	CX	50,000	65,000	3.250,00
00003		00055411	TOUCA DESCARTAVEL COM ELÁSTICO sanfonada ANAPOLIS	ANAPOLIS	UND	2.000,000	0,260	520,00
Total Geral								**5.470,00**

AQUISIÇÃO DE MATERIAL MÉDICO-HOSPITALAR ATRAVÉS DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 15/2020 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 ALMOXARIFADO

Data e assinatura do almoxarife