

**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 000183/2020 de 09/06/2020**

Órgão	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE			Processo	003275/2020			
Setor	ALMOXARIFADO							
Origem	Não Aplicável - -			Termo/Contrato				
Dotação	000004000002.1030142032.406.33903000000.19720000100			Ficha	00486-1972000010			
Fornecedor	MEDLEVENSOHN COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA			CNPJ	05.343.029/0001-90			
Endereço	, 0 - - - SÃO GABRIEL DA PALHA - ES - CEP: 29780000			Telefone	(00) 0000 - 0000			
Item	Lote	Código	Especificação	Marca	Unidade	Quantidade	Unitário	Valor Total
00001		00053973	TESTE RAPIDO P/ COVID 19: requisitos técnicos mínimos para: teste rapido por metodo imunocromatografico para determinação qualitativa de anticorpos igm e igg em regiões distintas da área teste para vírus covid-19 em amostras de sangue total, soro ou plasma e que tenha sensibilidade mínima de 95% e registro no ministerio da saúde. MED TESTE/HANGZHOU BIOTEST BIOTECH	MED TESTE/HAN GZHOU BIOTEST BIOTECH	UND	700,000	99,000	69.300,00
Total Geral								69.300,00

AQUISIÇÃO D ETESTE DE COVID 19 PARA ATENDER AS NECESSIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE.
A DESPESA SERA POR CONTA RECURSOS ENVIADO PELO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ES PARA AS DESPESAS
RELACIONADAS A COVID 19.

Prazo de Entrega/Execução **8 dia(s)**Condição de Pagamento **VISTA**Diretor do Departamento de Compras e
Contratos

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

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

Carimbo e assinatura do fornecedor

Local de entrega

Data e assinatura do almoxarife