



Nº Pedido de Compra **2672/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.

Modalidade IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS

Processo Nº: 3077/2015 Empenho: 5269/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **2186 AUTO PECAS E AUTO ELETRICA IRMAOS NOGUEIRA LTDA ME**

Nome Fantasia **AUTO ELÉTRICA IRMÃOS NOGUEIRA**

Endereço R. SERAFIM JOSÉ FERREIRA, 268

Bairro N. SRª FÁTIMA

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13870-244

Nº Telefone (999) 3624 2211

C.P.F / C.N.P.J. Nº 00.756.723/0001-15

Nº Fax ()

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail irmaos_nogueira@hotmail.com

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL Ficha Nº 584 Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11501 GESTÃOS DO SUS

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ VINTE DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DO VEÍCULO DUCATO BNZ 7139.

Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE- SETOR DE TRANSPORTE

Responsável **arg-daniela**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	1	UN	SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE VEÍCULO	462,5000	462,50
Pedido 2672/2015				Total	462,50
				Cancelados (-)	0,00
				Descontos (-)	0,00
				Impostos (+)	0,00
				Valor	462,50

(QUATROCENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

Nº Pedido de Compra **2673/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.

Modalidade IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS

Processo Nº: 3078/2015 Empenho: 5270/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **2186 AUTO PECAS E AUTO ELETRICA IRMAOS NOGUEIRA LTDA ME**Nome Fantasia **AUTO ELÉTRICA IRMÃOS NOGUEIRA**

Endereço R. SERAFIM JOSÉ FERREIRA, 268

Bairro N. SRª FÁTIMA

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13870-244

Nº Telefone (999) 3624 2211

C.P.F / C.N.P.J. Nº 00.756.723/0001-15

Nº Fax ()

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail irmaos_nogueira@hotmail.com

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL Ficha Nº 584 Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11501 GESTÃOS DO SUS

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ VINTE DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DO VEÍCULO KOMBI BPY 7515.

Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE- SETOR DE TRANSPORTE

Responsável **arg-daniela****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.**

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	1	UN	SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE VEÍCULO - REVISÃO DAS LANTERNAS, TROCA DE FAROL, TROCA DO CABO DE VELA, TROCA DE CILINDRO, COM REPOSIÇÃO DE PEÇAS.	189,8000	189,80

Pedido 2673/2015	Total	189,80
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	189,80

(CENTO E OITENTA E NOVE REAIS E OITENTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃOLUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra **2674/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.

Modalidade IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS

Processo Nº: 3083/2015 Empenho: 5296/2015 Vínculo ORDINÁRIO

Fornecedor **6367 PIRES & ROSA COMERCIO DE PNEUS LTDA ME**

Nome Fantasia **DJ CAMINHÕES BORRACHARIA**

Endereço AV. ANTONIO A. T. SIBILA, 177

Bairro JD SANTAREM

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13874-348

Nº Telefone 3631-5297

C.P.F / C.N.P.J. Nº 19.031.124/0001-62

Nº Fax

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail djcaminhoes@hotmail.com

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL Ficha Nº 182 Dest. Recurso 011100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 10803 SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE VIAS RURAIS

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ VINTE DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto CONCERTO DO CAMINHÃO FORD PLACA CZA9738

Aplicação DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS, OBRAS E INFRAESTRUTURA.

Responsável **julianadias**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	1	UN	SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE VEÍCULO - SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS NO CONCERTO DE PNEU 1000/20.	23,0000	23,00

Pedido 2674/2015	Total	23,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	23,00

(VINTE E TRÊS REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0****Nº Pedido de Compra 2675/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 3079/2015 **Empenho:** 5271/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Fornecedor 2186 AUTO PECAS E AUTO ELETRICA IRMAOS NOGUEIRA LTDA ME****Nome Fantasia** AUTO ELÉTRICA IRMÃOS NOGUEIRA

Endereço R. SERAFIM JOSÉ FERREIRA, 268

Bairro N. SRª FÁTIMA

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13870-244

Nº Telefone (999) 3624 2211

C.P.F / C.N.P.J. Nº 00.756.723/0001-15

Nº Fax ()

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail irmaos_nogueira@hotmail.com

Local de Entrega

ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 584

Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11501 GESTÃOS DO SUS

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ VINTE DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DO VEÍCULO SPRINTER BNZ 7136.

Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE- SETOR DE TRANSPORTE.

Responsável **arg-daniela****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº** 0**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	1	UN	SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE VEÍCULO - SERVIÇO DE REGULAGEM ELÉTRICA, CONSSERTO DO CHICOTE DA BUZINA, TROCA DE LÂMPADAS E CONSSERTO DO ALTERNADOR, COM REPOSIÇÃO DE PEÇAS.	790,6100	790,61

Pedido 2675/2015	Total	790,61
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	790,61

(SETECENTOS E NOVENTA REAIS E SESENTA E UM CENTAVO)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃOLUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra **2676/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.

Modalidade IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS

Processo Nº: 3084/2015 Empenho: 5297/2015 Vínculo ORDINÁRIO

Fornecedor **6367 PIRES & ROSA COMERCIO DE PNEUS LTDA ME**

Nome Fantasia **DJ CAMINHÕES BORRACHARIA**

Endereço AV. ANTONIO A. T. SIBILA, 177

Bairro JD SANTAREM

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13874-348

Nº Telefone 3631-5297

C.P.F / C.N.P.J. Nº 19.031.124/0001-62

Nº Fax

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail djcaminhoes@hotmail.com

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL Ficha Nº 182 Dest. Recurso 011100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 10803 SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE VIAS RURAIS

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ VINTE DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto CONCERTO DO CAMINHÃO FORD PLACA BNZ7108

Aplicação DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS, OBRAS E INFRAESTRUTURA.

Responsável **julianadias**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax:() (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	2	UN	SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE VEÍCULO - SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS NO CONCERTO DE PNEUS 1000/20.	23,0000	46,00

Pedido 2676/2015	Total	46,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	46,00

(QUARENTA E SEIS REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0****Nº Pedido de Compra 2677/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 3080/2015 **Empenho:** 5272/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Fornecedor 2186 AUTO PECAS E AUTO ELETRICA IRMAOS NOGUEIRA LTDA ME****Nome Fantasia** AUTO ELÉTRICA IRMÃOS NOGUEIRA

Endereço R. SERAFIM JOSÉ FERREIRA, 268

Bairro N. SRª FÁTIMA

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13870-244

Nº Telefone (999) 3624 2211

C.P.F / C.N.P.J. Nº 00.756.723/0001-15

Nº Fax ()

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail irmaos_nogueira@hotmail.com

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL**Ficha Nº** 584**Dest. Recurso** 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11501 GESTÃOS DO SUS

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ VINTE DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DO VEÍCULO SPRINTER EHE 1475.

Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE- SETOR DE TRANSPORTE

Responsável **arg-daniela****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº** 0**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	1	UN	SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE VEÍCULO - CONSERTO DO ALTERNADOR, COM REPOSIÇÃO DE PEÇAS.	674,0000	674,00

Pedido 2677/2015	Total	674,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	674,00

(SEISCENTOS E SETENTA E QUATRO REAIS)**SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015**DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃOLUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0****Nº Pedido de Compra 2678/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.30.99 - MATERIAL DE CONSUMO**Modalidade** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 3085/2015 **Empenho:** 5298/2015 **Vínculo** ORDINÁRIO**Fornecedor 6367 PIRES & ROSA COMERCIO DE PNEUS LTDA ME****Nome Fantasia** DJ CAMINHÕES BORRACHARIA

Endereço AV. ANTONIO A. T. SIBILA, 177

Bairro JD SANTAREM

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13874-348

Nº Telefone 3631-5297

C.P.F / C.N.P.J. Nº 19.031.124/0001-62

Nº Fax

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail djcaminhoes@hotmail.com

Local de Entrega

ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 180

Dest. Recurso 011100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 10803 SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE VIAS RURAIS

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ VINTE DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto AQUISIÇÃO DE PEÇA PARA O CAMINHÃO FORD PLACA BNZ7123

Aplicação DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS, OBRAS E INFRAESTRUTURA.

Responsável **julianadias****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº** 0**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	1	UN	MANCHÃO Nº 12 -	29,4400	29,44

Pedido 2678/2015	Total	29,44
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	29,44

(VINTE E NOVE REAIS E QUARENTA E QUATRO CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

 DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

 LUIZ CARLOS SARTORI
 DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra **2679/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.

Modalidade IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS

Processo Nº: 3081/2015 Empenho: 5273/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **2186 AUTO PECAS E AUTO ELETRICA IRMAOS NOGUEIRA LTDA ME**

Nome Fantasia **AUTO ELÉTRICA IRMÃOS NOGUEIRA**

Endereço R. SERAFIM JOSÉ FERREIRA, 268

Bairro N. SRª FÁTIMA

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13870-244

Nº Telefone (999) 3624 2211

C.P.F / C.N.P.J. Nº 00.756.723/0001-15

Nº Fax ()

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail irmaos_nogueira@hotmail.com

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 584

Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11501 GESTÃOS DO SUS

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ VINTE DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DO VEÍCULO GOL CPV 6317

Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE- SETOR DE TRANSPORTE

Responsável **arg-daniela**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax:() (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	1	UN	SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE VEÍCULO - CONSERTO DO ALTERNADO, COM REPOSIÇÃO DE PEÇAS.	210,0000	210,00

Pedido 2679/2015	Total	210,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	210,00

(DUZENTOS E DEZ REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

Nº Pedido de Compra **2680/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.

Modalidade IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS

Processo Nº: 3082/2015 Empenho: 5274/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **2186 AUTO PECAS E AUTO ELETRICA IRMAOS NOGUEIRA LTDA ME**Nome Fantasia **AUTO ELÉTRICA IRMÃOS NOGUEIRA**

Endereço R. SERAFIM JOSÉ FERREIRA, 268

Bairro N. SRª FÁTIMA

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13870-244

Nº Telefone (999) 3624 2211

C.P.F / C.N.P.J. Nº 00.756.723/0001-15

Nº Fax ()

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail irmaos_nogueira@hotmail.com**Local de Entrega**

ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 584

Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11501 GESTÃOS DO SUS

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ VINTE DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DO VEÍCULO SPRINTER EHE 4502

Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE- SETOR DE TRANSPORTE

Responsável **arg-daniela****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.**

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	1	UN	SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE VEÍCULO - SERVIÇO DE REVISÃO DAS LANTERNAS, REGULAGEM ELÉTRICA, CONserto DO CHICOTE DA LANTERNA TRASEIRA E TROCA DE LÂMPADAS, COM REPOSIÇÃO DE PEÇAS.	310,0000	310,00

Pedido 2680/2015	Total	310,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	310,00

(TREZENTOS E DEZ REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃOLUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra **2681/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.

Modalidade IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS

Processo Nº: 3086/2015 Empenho: 5299/2015 Vínculo ORDINÁRIO

Fornecedor **6367 PIRES & ROSA COMERCIO DE PNEUS LTDA ME**

Nome Fantasia **DJ CAMINHÕES BORRACHARIA**

Endereço AV. ANTONIO A. T. SIBILA, 177

Bairro JD SANTAREM

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13874-348

Nº Telefone 3631-5297

C.P.F / C.N.P.J. Nº 19.031.124/0001-62

Nº Fax

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail djcaminhoes@hotmail.com

Local de Entrega

ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 182

Dest. Recurso 011100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 10803 SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE VIAS RURAIS

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ VINTE DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto CONCERTO DA PATROL PLACA MAQ0058

Aplicação DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS, OBRAS E INFRAESTRUTURA.

Responsável **julianadias**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	1	UN	SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE MAQUINAS RODOVIARIAS - SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS NO CONCERTO DE PNEU 1400 X 24.	46,0000	46,00

Pedido 2681/2015	Total	46,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	46,00

(QUARENTA E SEIS REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

Nº Pedido de Compra **2682/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.

Modalidade IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS

Processo Nº: 3087/2015 Empenho: 5300/2015 Vínculo ORDINÁRIO

Fornecedor **6367 PIRES & ROSA COMERCIO DE PNEUS LTDA ME**Nome Fantasia **DJ CAMINHÕES BORRACHARIA**

Endereço AV. ANTONIO A. T. SIBILA, 177

Bairro JD SANTAREM

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13874-348

Nº Telefone 3631-5297

C.P.F / C.N.P.J. Nº 19.031.124/0001-62

Nº Fax

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail djcaminhoes@hotmail.com

Local de Entrega

ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 182

Dest. Recurso 011100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 10803 SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE VIAS RURAIS

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ VINTE DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto CONCERTO DA PATROL PLACA MAQ0078

Aplicação DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS, OBRAS E INFRAESTRUTURA.

Responsável **julianadias****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.**

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	1	UN	SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE MAQUINAS RODOVIARIAS - SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS NO CONCERTO DE PNEU 1400 X 24.	46,0000	46,00

Pedido 2682/2015	Total	46,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	46,00

(QUARENTA E SEIS REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃOLUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0****Nº Pedido de Compra 2683/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 3088/2015 **Empenho:** 5276/2015 **Vínculo** ORDINÁRIO**Fornecedor 1801 REPARAÇÃO DE VEÍCULOS KIMAR LTDA****Nome Fantasia REPARAÇÃO DE VEÍCULOS KIMAR**

Endereço RUA SANTO ANTONIO, 813

Bairro SANTO ANTONIO

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13870-000

Nº Telefone (019) 3623-5159

C.P.F / C.N.P.J. Nº 00.176.619/0001-51

Nº Fax (019) 3631 5279

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail mecanicakimar@superig.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL**Ficha Nº** 549**Dest. Recurso** 022620000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11406 FUNDEB

Validade SESSENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ VINTE DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto MANUTENÇÃO DE MICRO-ONIBUS PLACA EHE-4509

Aplicação EDUCAÇÃO - TRANSPORTE

Responsável **julianadias****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº** 0**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	1	UN	SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE VEÍCULO -	200,0000	200,00

Pedido 2683/2015	Total	200,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	200,00

(DUZENTOS REAIS)**SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015**

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0****Nº Pedido de Compra 2684/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.30.99 - MATERIAL DE CONSUMO**Modalidade** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 3089/2015 **Empenho:** 5277/2015 **Vínculo** EDUCAÇÃO**Fornecedor 1801 REPARAÇÃO DE VEÍCULOS KIMAR LTDA****Nome Fantasia** REPARAÇÃO DE VEÍCULOS KIMAR

Endereço RUA SANTO ANTONIO, 813

Bairro SANTO ANTONIO

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13870-000

Nº Telefone (019) 3623-5159

C.P.F / C.N.P.J. Nº 00.176.619/0001-51

Nº Fax (019) 3631 5279

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail mecanicakimar@superig.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 545

Dest. Recurso 022620000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11406 FUNDEB

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ VINTE DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto MANUTENÇÃO DE MICRO-ONIBUS PLACA EHE-4509

Aplicação EDUCAÇÃO - TRANSPORTE

Responsável **julianadias****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº** 0**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	1	PC	CILINDRO MESTRE DO FREIO -	1.290,0000	1.290,00
002	2	UN	FLUIDO PARA FREIO - FLUIDO PARA FREIOS DOT-4	19,8000	39,60

Pedido 2684/2015	Total	1.329,60
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	1.329,60

(UM MIL E TREZENTOS E VINTE E NOVE REAIS E SESENTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃOLUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra **2685/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.

Modalidade IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS

Processo Nº: 3090/2015 **Empenho:** 5245/2015 **Vínculo** ORDINÁRIO

Fornecedor 1196 ALESSANDRO TAVARES PINTURAS - ME

Nome Fantasia FALQUIR

Endereço R HENRIQUE MARTARELO, Nº 173

Bairro VILA BRASIL

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13.870-67

Nº Telefone 3633-4244

C.P.F / C.N.P.J. Nº 02.289.407/0001-06

Nº Fax 3633-4244

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail falquir@terra.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 772

Dest. Recurso 051000067

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11201 GABINETE DO DIRETOR - CULTURA E TURISMO

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ VINTE DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto Adesivagem de Carro Literário para X Semana Fernando Furlanetto

Aplicação DEPARTAMENTO DE CULTURA E TURISMO

Responsável **julianadias**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	1	SERV	SERVIÇO DE ADESIVAGEM EM VEÍCULO - Adesivagem de Carro Literário para X Semana Fernando Furlanetto	30,0000	30,00

Pedido 2685/2015	Total	30,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	30,00

(TRINTA REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra 2686/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.30.26 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade 70/2015 - IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS

Processo Nº: 0/2015

Empenho: 5301/2015

Vínculo ORDINÁRIO

Cotação Nº: 58/2015

Fornecedor 1290

COMERCIAL ELETRO RUIZ LTDA EPP

Nome Fantasia ELETRO RUIZ

Endereço RUA SÃO JOÃO, 94

Bairro CENTRO

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13.870-00

Nº Telefone 3622-2298

C.P.F / C.N.P.J. Nº 59.752.998/0001-23

Nº Fax

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail eletrorui@ig.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 11

Dest. Recurso 011100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 10101 GABINETE DO PREFEITO - SECRETARIA GERAL

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ VINTE DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto AQUISIÇÃO DE MATERIAL ELÉTRICO

Aplicação GABINETE

Responsável arq-daniela

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	15	UN	LÂMPADA FLUORESCENTE COMPACTA; BULBO ESPIRAL; 34W X 220V; ROSCA E27; LUZ BRANCA FLC	32,8600	492,90

Pedido 2686/2015	Total	492,90
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	492,90

(QUATROCENTOS E NOVENTA E DOIS REAIS E NOVENTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra 2687/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.30.26 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade 70/2015 - IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS

Processo Nº: 0/2015

Empenho: 5302/2015

Vínculo ORDINÁRIO

Cotação Nº: 58/2015

Fornecedor 6508

ELVIS DOS SANTOS OLIVEIRA ME

Nome Fantasia

LUMICENTER MATERIAIS ELÉTRICOS E ILUMINAÇÃO

Endereço RUA JOSÉ TEODORO DE FARIAS, Nº 220

Bairro JD SÃO DOMINGOS

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13874-242

Nº Telefone (999) 3633-8370

C.P.F / C.N.P.J. Nº 19.316.204/0001-64

Nº Fax (999) 3633-8370

Inscr. Estadual 639.092.295.117

Inscr. Municipal

e-mail lumicentersaojoao@gmail.com

Local de Entrega

ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 11

Dest. Recurso 011100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 10101

GABINETE DO PREFEITO - SECRETARIA GERAL

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ VINTE DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto AQUISIÇÃO DE MATERIAL ELÉTRICO

Aplicação GABINETE

Responsável **arq-daniela**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
002	15	UN	LÂMPADA ECONÔMICA - 15W, ESPIRAL BRANCA, 220 VOLTS	9,4600	141,90

Pedido 2687/2015	Total	141,90
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	141,90

(CENTO E QUARENTA E UM REAIS E NOVENTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Nº Pedido de Compra 2688/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT**Modalidade** 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 3093/2015 **Empenho:** 5192/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Fornecedor 615 AGLON COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA****Nome Fantasia AGLON COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA**

Endereço AVENIDA VISCONDE DE NOVA GRANADA Nº 1105 Bairro VILA GROSSKLAUSS

Cidade LEME Estado SP

CEP 13617-400

Nº Telefone (019) 3573-7300

C.P.F / C.N.P.J. Nº 65.817.900/0001-71

Nº Fax (019) 3573-7300

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail pedidos@aglon.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL**Ficha Nº** 697**Dest. Recurso** 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 087/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº** 0**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	16000	COM	GLICAZIDA 30MG COMPRIMIDOS DE LIBERAÇÃO LENTA. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES TORRENT	0,1800	2.880,00
002	50000	COM	LEVOTIROXINA SÓDICA 25 MCG COMPRIMIDO ABBOTT	0,1000	5.000,00
003	100000	COM	LEVOTIROXINA SÓDICA 50 MCG COMPRIMIDO ABBOTT	0,1000	10.000,00

Pedido 2688/2015	Total	17.880,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	17.880,00

(DEZESSETE MIL E OITOCENTOS E OITENTA REAIS)**SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015**DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃOLUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra **2689/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3094/2015 Empenho: 5182/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **2261 ALFALAGOS LTDA**

Nome Fantasia **ALFALAGOS LTDA**

Endereço AV ALBERTO VIEIRA ROMÃO, 1.700 - CAIXA POSTAL 3001 Bairro DISTRITO INDUSTRIAL

Cidade ALFENAS Estado MG

CEP 37130-000

Nº Telefone (035) 3291-5047

C.P.F / C.N.P.J. Nº 05.194.502/0001-14

Nº Fax ()

Inscr. Estadual 016.189241.0050

Inscr. Municipal

e-mail pedidos2@alfalagos.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 697

Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 088/15.

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	200	AMP	ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 150MG/ ML. SUSPENÇÃO INJETAVEL. AMPOLA COM 1 ML. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES UNIÃO QUIMICA	12,0000	2.400,00
002	400000	COM	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100 MG; COMPRIMIDOS TAMPONADOS EMS	0,1200	48.000,00
003	2000	COM	ALBENDAZOL 400 MG PRATI	0,3654	730,80
004	200	FR	BROMETO DE FENOTEROL 5MG/ML. SOLUÇÃO ORAL GOTAS. FRASCO COM 20 ML. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. HIPOLABOR	1,4900	298,00
005	50000	COM	CLORIDRATO DE PAROXETINA 20 MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. AUROBINDO	0,1630	8.150,00
006	200	AMP	ENANTATO DE NORETISTERONA 50MG + VALERATO DE ESTRADIOL 5MG. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. MABRA	6,6000	1.320,00
007	6000	FR	ESCOPOLAMINA + DIPIRONA 6,67 MG+333,4 MG/ML GOTAS, 20 ML FARMACE	2,0800	12.480,00
008	200000	COM	GLIBENCLAMIDA 5MG COMPRIMIDOS. VALIDADE MINIMA 12 MESES. GEOLAB	0,0203	4.060,00

Nº Pedido de Compra **2689/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3094/2015 Empenho: 5182/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
009	600	COM	IVERMECTINA 6 MG VITAPAN	0,2600	156,00
010	5000	COM	LEVODOPA 250 MG + CARBIDOPA 25 MG. COMPRIMIDO NEO QUIMICA	0,2002	1.001,00
011	2000	COM	MEBENDAZOL 100MG SOBRAL	0,0295	59,00
012	5000	COM	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 10MG BELFAR	0,0632	316,00
013	1000	COM	METRONIDAZOL 250MG PRATI	0,0773	77,30
014	240	COM	SULFADIAZINA 500 MG - VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES SOBRAL	0,1402	33,65

Pedido 2689/2015	Total	79.081,75
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	79.081,75

(SETENTA E NOVE MIL E OITENTA E UM REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra **2690/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3095/2015 Empenho: 5193/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **6238 ANBIOTON IMPORTADORA LTDA**

Nome Fantasia **ANBIOTON IMPORTADORA LTDA**

Endereço RUA DOZE DE MAIO, 547

Bairro VILA GALVÃO

Cidade GUARULHOS

Estado SP

CEP 07056-120

Nº Telefone (011) 2304-1701

C.P.F / C.N.P.J. Nº 11.260.846/0001-87

Nº Fax (011) 4372-9982

Inscr. Estadual 336.905.878.113

Inscr. Municipal

e-mail anbioton@anbioton.com

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 697

Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 089/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	30000	COM	CLOMIPRAMINA 25 MG - FURP - APRESENTAÇÃO COMPRIMIDO - VALIDADE MINIMA 12 MESES - PORTARIA 344/98 C1 EMS	0,6000	18.000,00
002	200000	COM	PENTOXIFILINA 400 MG. COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA, REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE, VALIDADE MINIMA 12 MESES. EMS	0,3300	66.000,00

Pedido 2690/2015	Total	84.000,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	84.000,00

(OITENTA E QUATRO MIL REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra **2691/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3096/2015 Empenho: 5204/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **5104 COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA**

Nome Fantasia **COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA**

Endereço RUA DA SAUDADE, 45-A

Bairro CAMPO DA MOGIANA

Cidade POÇOS DE CALDAS

Estado MG

CEP 37701-331

Nº Telefone (019) 3522-5804

C.P.F / C.N.P.J. Nº 67.729.178/0004-91

Nº Fax (019) 3522-5800

Inscr. Estadual 062.996.580-0102

Inscr. Municipal

e-mail vendas@rioclarense.com.br, <adriana.perinotto@riocl

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 697

Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 091/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	400	FR	ÁCIDO VALPRÓICO 250MG/5ML LÍQUIDO FRS. COM 100 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. HIPOLABOR	1,9500	780,00
002	25000	COM	AMINOFILINA 100MG VITAPAN	0,0315	787,50
003	15000	COM	CARBONATO DE CÁLCIO 500MG + COLECALCIFEROL 400 UI. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. NATULAB	0,5600	8.400,00
004	50000	COM	CEFALEXINA 500MG TEUTO	0,1450	7.250,00
005	500	TUB	CETOCONAZOL CREME TB. COM 30 GRS. COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA, REG. NO MINISTÉRIO DA SAÚDE E VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES HIPOLABOR	1,0800	540,00
006	70000	COM	CINARIZINA 75 MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. NEO QUIMICA	0,0850	5.950,00
007	3500	FR	CLORETO DE SÓDIO 0,9% + CLORETO DE BENZALCÔNIO 0,01MG COMO CONSERVANTE GOTAS NASAIS PEDIÁTRICAS FRASCO COM 30 ML, EMBALAGEM INDIVIDUAL COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA, VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. MEDQUIMICA	0,5090	1.781,50
008	7000	COM	CLORIDRATO DE BUPROPIONA 150 MG; EXCIPIENTES (CELULOSE MICROCRISTALINA, HIDROXIPROPILMETILCELULOSE, CLORIDRATO DE CISTEÍNA, ESTEARATO DE MAGNÉSIO,	0,3450	2.415,00



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra 2691/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3096/2015 Empenho: 5204/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
			DÍÓXIDO DE TITÂNIO, POLIETILENOGLICOL, POLISSORBATO 80, CORANTES AZUL FD & C NO 2 E VERMELHO FD & C NO 40 E CERA DE CARNAÚBA) Q.S.P. 1 COMPRIMIDO. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. EMS		
009	50000	COM	ENALAPRIL, MALEATO 5 MG BELFAR	0,0480	2.400,00
010	23000	COM	ESPIRONOLACTONA 100 MG COMPRIMIDOS. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. HIPOLABOR	0,2050	4.715,00
011	4004	COM	ESTROGENIOS CONJUGADOS 0,625 MG COMP. EMBALAGEM: CX COM 28 COMPRIMIDOS. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. MABRA	0,5500	2.202,20
012	500000	COM	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG. EMBALAGEM: CAIXA COM 500 COMPRIMIDOS. VALIDADE MINIMA 12 MESES. PHARLAB	0,0200	10.000,00
013	200	TUB	LÍDOCAÍNA 2% GELÉIA TUBO COM 30 GR. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES PHARLAB	1,5300	306,00
014	250000	COM	METFORMINA 500 MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. PRATI	0,0550	13.750,00
015	15000	COM	METILDOPA 250MG COMPRIMIDOS. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES SANVAL	0,0930	1.395,00
016	15000	COM	MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 40 MG BALDACCI	0,1160	1.740,00
017	30000	COM	NIFEDIPINA 20MG COMPRIMIDO, LIBERAÇÃO LENTA; VALIDADE MÍNIMA 12 MESES MEDQUIMICA	0,0580	1.740,00
018	100000	COM	NIMESULIDA 100 MG VITAPAN	0,0400	4.000,00
019	10000	COM	NORFLOXACINA 400MG. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. MEDQUIMICA	0,1280	1.280,00
020	50000	COM	PROPRANOLOL 40MG. COMPRIMIDOS VALIDADE MINIMA 12 MESES. OSORIO DE MORAES]	0,0130	650,00
021	300	TUB	SULFADIAZINA DE PRATA 1% , 50G NATIVITA	2,7000	810,00
022	1500	FR	SULFATO FERROSO 25MG/ML GOTAS NATULAB	0,7800	1.170,00

Pedido 2691/2015	Total	74.062,20
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra 2691/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3096/2015 Empenho: 5204/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

<u>Item Nº</u>	<u>Quantidade</u>	<u>Un.Med.</u>	<u>Especificação</u>	<u>Valor Unitário</u>	<u>Valor Total</u>
				Valor	74.062,20

(SETENTA E QUATRO MIL E SESENTA E DOIS REAIS E VINTE CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra **2692/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3097/2015 Empenho: 5205/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **836 CRISTÁLIA PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA**

Nome Fantasia **LABORATÓRIO CRISTÁLIA**

Endereço RODOVIA ITAPIRA - LINDÓIA, KM 14

Bairro FAZ ESTANCIA CRISTAL

Cidade ITAPIRA

Estado SP

CEP 13974-900

Nº Telefone (019) 3863 9500

C.P.F / C.N.P.J. Nº 44.734.671/0001-51

Nº Fax (019) 3863-9589

Inscr. Estadual 374.007.758.117

Inscr. Municipal

e-mail concorrencia15@crystalia.com.br, <concorrencia7@cri

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 697

Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 092/15.

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	100000	COM	CLONAZEPAN 2 MG - FURP - APRESENTAÇÃO COMPRIMIDO - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES - PORTARIA 344/98 B1 CRISTÁLIA	0,0730	7.300,00
002	6000	COM	CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 100 MG - FURP - APRESENTAÇÃO COMPRIMIDO - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES - PORTARIA 344/98 C1 CRISTÁLIA	0,1850	1.110,00
003	3000	COM	CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 25 MG - APRESENTAÇÃO COMPRIMIDO - VALIDADE MINIMA 12 MESES - PORTARIA 344/98 C1. CRISTÁLIA	0,1740	522,00
004	50	FR	CLORIDRATO DE LEVOMEPRIMAZINA 4% SOLUÇÃO ORAL - FRASCO COM 20 ML CRISTÁLIA	6,8900	344,50
005	80000	COM	DIAZEPAM 10MG, CAIXA COM 500 COMPRIMIDOS. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES CRISTÁLIA	0,0350	2.800,00
006	2000	TUB	FIBRINOLISINA + DESOXIRRIBONUCLEASE + CLORANFENICOL TUBO COM 30 GR. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CRISTÁLIA	27,8500	55.700,00
007	5000	COM	NITRAZEPAN 5 MG - APRESENTAÇÃO COMPRIMIDO - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES - PORTARIA 344/98 B1 CRISTÁLIA	0,0830	415,00



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra **2692/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3097/2015 Empenho: 5205/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº Quantidade Un.Med. Especificação Valor Unitário Valor Total

Pedido 2692/2015	Total	68.191,50
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	68.191,50

(SESSENTA E OITO MIL E CENTO E NOVENTA E UM REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Nº Pedido de Compra 2693/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT**Modalidade** 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 3098/2015 **Empenho:** 5212/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Fornecedor 5073 DUPATRI HOSPITALAR COMÉRCIO, IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO LTDA**
Nome Fantasia DUPATRI

Endereço AVENIDA JOSÉ SEVERINO, 3530

Bairro VEREDA DOS BURITIS

Cidade CATALÃO

Estado GO

CEP 75709-616

Nº Telefone (064) 3442-8081

C.P.F / C.N.P.J. Nº 04.027.894/0003-26

Nº Fax (064) 34428036 1

Inscr. Estadual 10.444.430-4

Inscr. Municipal

e-mail licitacao3@dupatri.com.br,licitacao2@dupatri.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº 697** **Dest. Recurso 013100000**

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 093/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Responsável **joseotavio****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº** 0**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	10000	COM	DISSULFIRAM 250MG SANOFI	0,2900	2.900,00
002	1200	FR	DOMPERIDONA 1 MG/ML SUSPENSÃO ORAL, 100 ML MEDLEY	5,2800	6.336,00

Pedido 2693/2015	Total	9.236,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	9.236,00

(NOVE MIL E DUZENTOS E TRINTA E SEIS REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃOLUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0****Nº Pedido de Compra 2694/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT**Modalidade** 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 3099/2015 **Empenho:** 5214/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Fornecedor 6449 HELP FARMA PROD. FARMACEUTICA LTDA****Nome Fantasia** HELP

Endereço AVENIDA MEN DE SÁ, 801

Bairro SANTA EFIGÊNIA

Cidade BELO HORIZONTE

Estado MG

CEP 30260-270

Nº Telefone (031) 3071-0667

C.P.F / C.N.P.J. Nº 02.460.736/0001-78

Nº Fax ()

Inscr. Estadual 062736683-0096

Inscr. Municipal

e-mail empenhos@helpfarma.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL**Ficha Nº** 697**Dest. Recurso** 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 094/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Responsável **joseotavio****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº** 0**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	50000	COM	ÁCIDO FÓLICO 5MG NATULAB	0,0200	1.000,00
002	36	FR	DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA 50MCG INALAÇÃO ORAL SPRAY. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. FARMALAB	29,5900	1.065,24
003	50000	COM	ESPIRONOLACTONA 25 MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. EMS	0,0700	3.500,00
004	1000	FR	POLIVITAMÍNICO GOTAS SOLUÇÃO ORAL BAYER	8,5600	8.560,00
005	160000	COM	SINVASTATINA 40MG (COMPRIMIDO) SANDOZ	0,1200	19.200,00

Pedido 2694/2015	Total	33.325,24
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	33.325,24

(TRINTA E TRÊS MIL E TREZENTOS E VINTE E CINCO REAIS E VINTE E QUATRO CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015



Nº Pedido de Compra **2695/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3100/2015 Empenho: 5222/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **557 LUMAR COMÉRCIO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA**

Nome Fantasia **LUMAR DISTRIBUIDORA**

Endereço AV. WILSON BEGO, 745

Bairro DISTRITO INDUSTRIAL

Cidade FRANCA

Estado SP

CEP 14406-091

Nº Telefone (016) 3721-1102

C.P.F / C.N.P.J. Nº 49.228.695/0001-52

Nº Fax (016) 3721-1102

Inscr. Estadual 310.049.440.111

Inscr. Municipal

e-mail pedidos@lumarfranca.com.br,licitacoes3@lumarfranca

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 697

Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 097/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua **NOTA FISCAL**.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	500	BGA	ACETATO DE RETINOL 1 MILHÃO UI% + AMINOÁCIDOS 2,5% + METIONINA 0,5% + CLORANFENICOL 0,5%. POMADA OFTÁLMICA. BISNAGA COM 3,5G. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. LATINOFARMA	7,6900	3.845,00
002	3500	FR	AMBROXOL, CLORIDRATO 15 MG/5 ML XAROPE, 120 ML HIPOLABOR	1,4500	5.075,00
003	45000	CAP	AMOXICILINA 500MG AUROBINDO	0,0990	4.455,00
004	1500	FRA	BENZIL PENICILINA PROCAINA + POTÁSSICA 400000UI BLAUSIEGEL	3,8000	5.700,00
005	1000	COM	CLORIDRATO DE DOXICICLINA 100MG. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. TEUTO	0,0860	86,00
006	40000	COM	DEXCLORFENIRAMINA 2 MG. COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA, REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE E VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. GEOLAB	0,0500	2.000,00
007	24	FR	DIMETICONA GOTAS FRASCO COM 10 ML. COM 75MG./ML. EMBALAGEM INDIVIDUAL. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. TEUTO	0,6600	15,84
008	35000	COM	HALOPERIDOL 5 MG- APRESENTAÇÃO COMPRIMIDO. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. PORTARIA 344/98 UGFN	0,0800	2.800,00

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0**Nº Pedido de Compra **2695/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3100/2015 Empenho: 5222/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
009	500	FR	HIDROXIDO DE ALUMINIO 62 MG/ML SUSPENSÃO ORAL MARIOL INDUSTRIAL	2,0000	1.000,00
010	2000	COM	ITRACONAZOL 100 MG. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES BRAINFARMA	0,5260	1.052,00
011	500	BGA	METRONIDAZOL GELEIA VAGINAL 500MG/5G; BISNAGA COM 50G + APLICADOR TEUTO	2,5900	1.295,00
012	2184	UN	NICOTINA - ADESIVO TRANSDÉRMICO DE 21 MG GLAXO SMITHKLINE	7,2700	15.877,68
013	5000	COM	NITROFURANTOINA 100MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. TEUTO	0,1700	850,00

Pedido 2695/2015	Total	44.051,52
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	44.051,52

(QUARENTA E QUATRO MIL E CINQUENTA E UM REAIS E CINQUENTA E DOIS CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0****Nº Pedido de Compra 2696/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.30.17 - MATERIAL DE CONSUMO**Modalidade** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 3102/2015 **Empenho:** 5303/2015 **Vínculo** ORDINÁRIO**Fornecedor 1647 RODRIGO DUARTE EPP****Nome Fantasia CASA DO PAPEL**

Endereço RUA CONSELHEIRO ANTONIO PRADO, 161

Bairro CENTRO

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13870-830

Nº Telefone 3633-4110

C.P.F / C.N.P.J. Nº 00.162.145/0001-99

Nº Fax 3633-4110

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail fernanda.casadopapel@hotmail.com, <casadopapeladm@h

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL**Ficha Nº 180****Dest. Recurso 011100000**

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 10803 SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE VIAS RURAIS

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ VINTE DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto AQUISIÇÃO DE TONER PARA USO NA IMPRESSORA DE OBRAS.

Aplicação DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS, OBRAS E INFRAESTRUTURA.

Responsável **arg-daniela****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº 0****Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	2	UN	CARTUCHO DE TONER COMPATÍVEL, REFERÊNCIA: MODELO HP 15A (C7115A), PRETO, CAPACIDADE DE IMPRESSÃO DE 2.500 PÁGINAS, COMPONENTES 100% NOVOS; PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE ENTREGA; COM IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR NA EMBALAGEM, COMPATÍVEL COM AS SEGUINTE IMPRESSORAS: HP LASERJET 1000 / 1200 / 1220/ 3300 / 3320 / 3330 / 3380, (SENDO ACEITO CARTUCHO NOVO, SIMILAR E 100% COMPATÍVEL COM OS MODELOS DAS IMPRESSORAS, NÃO SENDO ACEITO CARTUCHO REMANUFATURADO, RECARREGADO OU RECONDICIONADO). CÓDIGO BEC: 1218972. -	98,0000	196,00

Pedido 2696/2015	Total	196,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	196,00

(CENTO E NOVENTA E SEIS REAIS)**SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015**DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃOLUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra **2697/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3101/2015 Empenho: 5225/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **5234 PRATI, DONADUZZI & CIA LTDA**

Nome Fantasia **PRATI, DONADUZZI**

Endereço RUA MITSUGORO TANAKA, Nº 145

Bairro CENTRO I N A C ARRUD

Cidade TOLEDO

Estado PR

CEP 14406-091

Nº Telefone (045) 21031-1166

C.P.F / C.N.P.J. Nº 73.856.593/0001-66

Nº Fax (999) 80070-2133

Inscr. Estadual 41806327-06

Inscr. Municipal

e-mail cleuza.ghedin@pratidonaduzzi.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 697

Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 098/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	3000	COM	ACICLOVIR 200MG, VALIDADE MÍNIMA 12 MESES PRATI	0,1020	306,00
002	1300	FR	ALBENDAZOL 40 MG/ML SUSPENSÃO ORAL FRASCO 10 ML PRATI	0,8200	1.066,00
003	10000	COM	ALOPURINOL 300 MG PRATI	0,1030	1.030,00
004	1500	FR	AMOXICILINA SUSPORAL 250MG/5ML FRASCO 150ML PRATI	3,0500	4.575,00
005	3000	FR	BROMOPRIDA 4 MG/ML SOLUÇÃO ORAL, 20 ML PRATI	0,8500	2.550,00
006	5000	COM	CETOCONAZOL 200 MG. VALIDADE MINIMA 12 MESES. PRATI	0,0890	445,00
007	40000	COM	CLORIDRATO DE TIAMINA 300 MG COMPRIMIDO; DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDENCIA IMPRESSOS NA EMBALAGEM DO MEDICAMENTO; LOTE E VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM PRIMARIA E SECUNDARIA DO MEDICAMENTO; REGISTRO EM VIGOR NO MINISTERIO DA SAUDE; VALIDADE MINIMA 12 MESES PRATI	0,0760	3.040,00
008	2000	COM	FLUCONAZOL 150MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES PRATI	0,1800	360,00
009	30000	COM	IBUPROFENO 600 MG PRATI	0,0700	2.100,00

Nº Pedido de Compra **2697/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3101/2015 Empenho: 5225/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
010	3000	FR	MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA SOLUÇÃO ORAL 0,04%; EMBALAGEM COM 100 ML; DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA IMPRESSOS NA EMBALAGEM DO MEDICAMENTO; LOTE E VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DO MEDICAMENTO; REGISTRO EM VIGOR NO MINISTÉRIO DA SAÚDE; VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES PRATI	0,8200	2.460,00
011	1500	BGA	NEOMICINA + BACITRACINA 5MG/250UI. COM 10GR DE POMADA. COM VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. PRATI	0,8700	1.305,00
012	2500	FR	PREDNISOLONA SOLUÇÃO ORAL 3MG/ML, 100ML, VALIDADE MÍNIMA 12 MESES PRATI	5,2000	13.000,00
013	20000	COM	PREDNISONA 5MG. VALIDADE MINIMA 12 MESES. PRATI	0,0550	1.100,00

Pedido 2697/2015	Total	33.337,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	33.337,00

(TRINTA E TRÊS MIL E TREZENTOS E TRINTA E SETE REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0****Nº Pedido de Compra 2698/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.30.17 - MATERIAL DE CONSUMO**Modalidade** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 3103/2015 **Empenho:** 5304/2015 **Vínculo** ORDINÁRIO**Fornecedor 1647 RODRIGO DUARTE EPP****Nome Fantasia CASA DO PAPEL**

Endereço RUA CONSELHEIRO ANTONIO PRADO, 161

Bairro CENTRO

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13870-830

Nº Telefone 3633-4110

C.P.F / C.N.P.J. Nº 00.162.145/0001-99

Nº Fax 3633-4110

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail fernanda.casadopapel@hotmail.com, <casadopapeladm@h

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL**Ficha Nº 42****Dest. Recurso 011100000**

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 10301 GABINETE DO DIRETOR - PLANEJAMENTO

Validade SESSENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ VINTE DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto AQUISIÇÃO DE CARTUCHO DE TINTA PARA PLOTER

Aplicação APD

Responsável **arg-daniela****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº 0****Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	3	UN	CARTUCHO DE TINTA PRETO PARA PLOTER HP DESIGNJET 510 -BLACK CH565A (SENDO ACEITO CARTUCHO NOVO, SIMILIAR, E 100% COMPATÍVEL COM OS MODELOS DAS IMPRESSORAS, NÃO SENDO ACEITO CARTUCHO REMANUFATURADO, RECARREGADO OU RECONDICIONADO). - CARTUCHO DE TINTA PRETO PARA PLOTER HP DESIGNJET 510 - BLACK CH565A (SENDO ACEITO CARTUCHO NOVO, SIMILIAR, E 100% COMPATÍVEL COM OS MODELOS DAS IMPRESSORAS, NÃO SENDO ACEITO CARTUCHO REMANUFATURADO, RECARREGADO OU RECONDICIONADO).	320,0000	960,00

Pedido 2698/2015	Total	960,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	960,00

(NOVECENTOS E SESSENTA REAIS)**SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015**

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
 DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0****Nº Pedido de Compra 2699/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT**Modalidade** 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 3104/2015 **Empenho:** 5227/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Fornecedor 3100 R.P.4 DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA****Nome Fantasia** RP4

Endereço R. JOÃO ERBETA Nº 277

Bairro JARDIM PRIMAVERA

Cidade SANTA RITA DO PASSA

Estado SP

CEP 13670-000

Nº Telefone (019) 3584-4400

C.P.F / C.N.P.J. Nº 04.851.958/0001-47

Nº Fax (019) 3584-4400

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail rp4@ibest.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL**Ficha Nº** 697**Dest. Recurso** 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 099/15.

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Responsável **joseotavio****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº** 0**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	115	TUB	ESTROGENIOS CONJUGADOS 0,625MG CREME VAGINAL TUBO COM 25G + APLICADOR WYETH	27,6000	3.174,00

Pedido 2699/2015	Total	3.174,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	3.174,00

(TRÊS MIL E CENTO E SETENTA E QUATRO REAIS)**SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015**

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
 DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra 2700/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3105/2015 **Empenho:** 5230/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 432 T.R.M COMERCIAL DE MEDICAMENTOS LTDA

Nome Fantasia TRM

Endereço RUA DAVID DE CARVALHO, 344/350

Bairro VILA VALENTIM

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13873-020

Nº Telefone (019) 3633-2602

C.P.F / C.N.P.J. Nº 71.912.315/0001-53

Nº Fax (019) 3623-1076

Inscr. Estadual 639.053.945.110

Inscr. Municipal

e-mail alersontrm@dglnet.com.br

Local de Entrega

Endereço ALMOXARIFADO CENTRAL AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Ficha Nº 697

Dest. Recurso 013100000

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 100/15.

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	300	TUB	ACICLOVIR 50 MG/G CREME, 10G PRATI	1,6000	480,00
002	3500	COM	ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 500MG SOBRAL	0,0343	120,05
003	1000	FR	IBUPROFENO GOTAS 50 MG/ML, 30 ML NATULAB	0,6500	650,00

Pedido 2700/2015	Total	1.250,05
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	1.250,05

(UM MIL E DUZENTOS E CINQUENTA REAIS E CINCO CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra **2701/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3106/2015 Empenho: 5191/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **615 AGLON COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA**

Nome Fantasia **AGLON COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA**

Endereço AVENIDA VISCONDE DE NOVA GRANADA Nº 1105 Bairro VILA GROSSKLAUSS

Cidade LEME Estado SP

CEP 13617-400

Nº Telefone (019) 3573-7300

C.P.F / C.N.P.J. Nº 65.817.900/0001-71

Nº Fax (019) 3573-7300

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail pedidos@aglon.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 689

Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 087/15.

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	1230	CAP	SULFATO DE GLICOSAMINA 500 MG + SULFATO DE CONDROITINA 400 MG; LOTE E VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DO MEDICAMENTO; REGISTRO EM VIGOR NO MINISTÉRIO DA SAÚDE VALIDADE MÍNIMA 12 MESES ZODIAC	1,2100	1.488,30
002	2	AMP	UNDECILATO DE TESTOSTERONA 250 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 4 ML. BAYER	283,4000	566,80
003	960	COM	DIVALPROATO DE SÓDIO 500MG, COMP. DE LIBERAÇÃO LENTA. ABBOTT	1,5000	1.440,00
004	390	ENV	SULFATO DE GLICOSAMINA (EQUIVALENTE A 1,884 G DE SULFATO PÓ CRISTALINO DE GLICOSAMINA 1,5 G + SULFATO SÓDICO DE CONDROITINA 1,2 G; SACHES DE 4,135 G CADA; LOTE E VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DO MEDICAMENTO; REGISTRO EM VIGOR NO MINISTÉRIO DA SAÚDE; VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. ZODIAC	3,7500	1.462,50
005	224	COM	RIVAROXABANA 20MG COMPRIMIDO. VALIDADE MINIMA 12 MESES BAYER	4,6400	1.039,36

Pedido 2701/2015	Total	5.996,96
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra 2701/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3106/2015 Empenho: 5191/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

<u>Item Nº</u>	<u>Quantidade</u>	<u>Un.Med.</u>	<u>Especificação</u>	<u>Valor Unitário</u>	<u>Valor Total</u>
				Valor	5.996,96

(CINCO MIL E NOVECENTOS E NOVENTA E SEIS REAIS E NOVENTA E SEIS CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra **2702/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3107/2015 Empenho: 5196/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **6238 ANBIOTON IMPORTADORA LTDA**

Nome Fantasia **ANBIOTON IMPORTADORA LTDA**

Endereço RUA DOZE DE MAIO, 547

Bairro VILA GALVÃO

Cidade GUARULHOS

Estado SP

CEP 07056-120

Nº Telefone (011) 2304-1701

C.P.F / C.N.P.J. Nº 11.260.846/0001-87

Nº Fax (011) 4372-9982

Inscr. Estadual 336.905.878.113

Inscr. Municipal

e-mail anbioton@anbioton.com

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 689

Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 089/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	120	SAC	SULFATO DE GLICOSAMINA 1,5 G - SACHES COM 3,95 G EMS	1,2000	144,00

Pedido 2702/2015	Total	144,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	144,00

(CENTO E QUARENTA E QUATRO REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra **2703/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3108/2015 Empenho: 5197/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **5689**

CM HOSPITALAR LTDA

Nome Fantasia **CIRURGICA MAFRA (CATALÃO)**

Endereço EIXO 03, MÓDULOS 26 À 30, QUADRA 9A

Bairro DIMIC

Cidade CATALÃO

Estado GO

CEP 75709-685

Nº Telefone (064) 3442-6541

C.P.F / C.N.P.J. Nº 12.420.164/0003-19

Nº Fax (064) 3442-6871

Inscr. Estadual 10.502.250-0

Inscr. Municipal

e-mail mafra.catalao@cirurgicamafra.com.br, <licitacoes@ma

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 689

Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 090/15.

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	56	COM	ALISQUIRENO 150 COMPRIMIDO REVESTIDO; CADA COMPRIMIDO CONTÉM 165,750 MG DE HEMIFUMARATO DE ALISQUIRENO EQUIVALENTE A 150 MG DE ALISQUIRENO; DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA IMPRESSOS NA EMBALAGEM DO MEDICAMENTO; LOTE E VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DO MEDICAMENTO REGISTRO EM VIGOR NO MINISTÉRIO DA SAÚDE; VALIDADE MÍNIMA 12 MESES NOVARTIS	2,3800	133,28
002	150	COM	CLORIDRATO DE CICLOBENZAPRINA 10 MG COMPRIMIDO ASPEN	0,8000	120,00
003	870	COM	CLORIDRATO DE CINACALCETE 30MG BERGAMO	15,2600	13.276,20
004	140	COM	DESOGESTREL 75 MCG COMPRIMIDO SCHERING PLOUGH	0,7000	98,00
005	1080	COM	DOMPERIDONA 10MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. JASSEN CILAG	0,3900	421,20
006	112	COM	EZETIMIDA + SINVASTATINA 10/40MG. APRESENTAÇÃO EM COMPRIMIDO MERCK SHARP	3,9700	444,64
007	180	COM	FORMOTEROL + BUDESONIDA 12/400 MCG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. NOVARTIS	0,9300	167,40
008	240	COM	CLORIDRATO DE METILFENIDATO 40 MG, COMP DE AÇÃO CONTROLADA NOVARTIS	4,6800	1.123,20



Nº Pedido de Compra 2703/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3108/2015 Empenho: 5197/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
009	250	UN	RIVASTIGMINA DE 10 MG, ADESIVOS TRANSDÉRMICOS, VALIDADE MÍNIMA 12 MESES NOVARTIS	10,2100	2.552,50
010	140	COM	VALSARTANA 160MG + HIDROCLOROTIAZIDA 12,5MG + ANLODIPINO 5MG COMPRIMIDO. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES NOVARTIS	2,3700	331,80
011	280	COM	VALSARTANA 160 MG + BESILATO DE ANLODIPINO 5 MG COMPRIMIDO REVESTIDO; CADA COMPRIMIDO REVESTIDO CONTÉM 160 MG DE VALSARTANA E 6,94 MG DE BESILATO DE ANLODIPINO (CORRESPONDENTE A 5 MG DE ANLODIPINO); EMBALAGEM INDIVIDUAL; DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA IMPRESSOS NA EMBALAGEM DO MEDICAMENTO; LOTE E VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DO MEDICAMENTO; REGISTRO EM VIGOR NO MINISTÉRIO DA SAÚDE; VALIDADE MINIMA 12 MESES NOVARTIS	2,3300	652,40
012	392	COM	VILDAGLIPTINA 50 + CLORIDRATO DE METFORMINA 1000, VALIDADE MÍNIMA 12 MESES NOVARTIS	1,9900	780,08
013	1064	COM	VILDAGLIPTINA 50MG + METFORMINA 850MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES NOVARTIS	1,9900	2.117,36

Pedido 2703/2015	Total	22.218,06
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	22.218,06

(VINTE E DOIS MIL E DUZENTOS E DEZOITO REAIS E SEIS CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra **2704/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3109/2015 Empenho: 5210/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **1305 DAKFILM COMERCIAL LTDA**

Nome Fantasia **DAKFILM**

Endereço RUA OURO GROSSO, 1343

Cidade SÃO PAULO

CEP 02531-011

C.P.F / C.N.P.J. Nº 61.613.881/0001-00

Inscr. Estadual 112.539.090.119

e-mail leila.fernandes@dakfilm.com

Bairro CASA VERDE

Estado SP

Nº Telefone (011) 3857-8766

Nº Fax (999)

Inscr. Municipal

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 101/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Ficha Nº 689

Dest. Recurso 013100000

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	16	FR	INSULINA ASPART 10ML NOVO NORDISK	60,0000	960,00
002	15	UN	INSULINA ASPART - NOVORAPID FLEX PEN CAIXA COM 5 CANETAS. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES NOVO NORDISK	25,5900	383,85
003	15	UN	INSULINA DETEMIR CANETA COM 3ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. NOVO NORDISK	48,2300	723,45

Pedido 2704/2015	Total	2.067,30
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	2.067,30

(DOIS MIL E SESSENTA E SETE REAIS E TRINTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra **2705/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3110/2015 Empenho: 5216/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **10133 HOSPFAR - INDUSTRIA E COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA**
 Nome Fantasia **HOSPFAR**

Endereço SIA/SUL TRECHO 03 LOTE 1700/1710 Bairro GUARA (SIA/SUL)
 Cidade BRASÍLIA Estado DF
 CEP 71200-030 Nº Telefone (061) 4003-3500
 C.P.F / C.N.P.J. Nº 26.921.908/0002-02 Nº Fax ()
 Inscr. Estadual 0741938600275 Inscr. Municipal

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL Ficha Nº 689 Dest. Recurso 013100000
 Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 095/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua **NOTA FISCAL**.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax:() (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	60	UN	CELECOXIBE 200 MG. PFIZER	2,5500	153,00
002	840	COM	DIOSMINA 450 MG + HESPERIDINA 50 MG COMPRIMIDO; CAIXA COM 30 COMPRIMIDOS; DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA IMPRESSOS NA EMBALAGEM DO MEDICAMENTO; LOTE E VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM PRIMARIA E SECUNDARIA DO MEDICAMENTO; REGISTRO EM VIGOR NO MINISTERIO DA SAUDE; VALIDADE MINIMA 12 MESES SERVIER	0,2100	176,40
003	1148	COM	RANELATO DE ESTRÔNCIO 2G SACHÊS COM 4G CONTENDO 2G DE RANELATO DE ESTRÔNCIO CADA SERVIER	3,4200	3.926,16

Pedido 2705/2015	Total	4.255,56
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	4.255,56

(QUATRO MIL E DUZENTOS E CINQUENTA E CINCO REAIS E CINQUENTA E SEIS CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
 DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0****Nº Pedido de Compra 2706/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT**Modalidade** 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 3111/2015 **Empenho:** 5219/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Fornecedor 423 INTERLAB FARMACÊUTICA LTDA****Nome Fantasia**

Endereço AV. ÁGUA FRIA Nº 981/985

Bairro ÁGUA FRIA

Cidade SÃO PAULO

Estado SP

CEP 02333-001

Nº Telefone (011) 2997-9177

C.P.F / C.N.P.J. Nº 43.295.831/0001-40

Nº Fax (011) 2204-5996

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail interlab@interlab.com.br, <cadastro@interlab.com.br

Local de Entrega

ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 689**Dest. Recurso 013100000**

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 096/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº 0****Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	290	COM	BROMETO DE PINAVERIO 100MG. VALIDADE MINIMA 12 MESES TAKEDA	1,1000	319,00
002	390	UN	DULOXETINA 60 MG ELI LILLY	7,0700	2.757,30
003	30	FR	INSULINA LISPRO 100UI - REFIL PARA CANETA. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. ELI LILLY	21,1400	634,20
004	5	UN	INSULINA LISPRO KWIKPEN 100 U/ML (CANETA) ELI LILLY	21,1400	105,70
005	120	COM	CLORIDRATO DE MEMANTINA 10MG MERZ PHARMA	1,4000	168,00

Pedido 2706/2015	Total	3.984,20
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	3.984,20

(TRÊS MIL E NOVECENTOS E OITENTA E QUATRO REAIS E VINTE CENTAVOS)**SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015**DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃOLUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0****Nº Pedido de Compra 2707/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.30.07 - MATERIAL DE CONSUMO**Modalidade** 73/2014 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Ata de Registro de Preço Nº:** 47/2014**Processo Nº:** 3113/2015**Empenho:** 5242/2015**Vínculo** ORDINÁRIO**Fornecedor** 6290**NAGIB PEREIRA DE ANDRADE MEI****Nome Fantasia****NAGIB PEREIRA DE ANDRADE MEI**

Endereço RUA ELIAS ASSAD SIMÃO, 85

Bairro JD. PRIMAVERA

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VIST

Estado SP

CEP 13876-808

Nº Telefone 3633-8346

C.P.F / C.N.P.J. Nº 13.780.677/0001-31

Nº Fax 3056-4021

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail quitandadonagib@hotmail.com

Local de Entrega

ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 400**Dest. Recurso** 011100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11201

GABINETE DO DIRETOR - CULTURA E TURISMO

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE HORTIFRUTIGRANJEIROS

Aplicação Departamento de Cultura e Turismo

Responsável **julianadias****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº** 0**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
007	30	KG	PERA TIPO WILLIAM-S, DE PRIMEIRA QUALIDADE	4,1700	125,10

Pedido 2707/2015	Total	125,10
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	125,10

(CENTO E VINTE E CINCO REAIS E DEZ CENTAVOS)**SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015**DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃOLUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0****Nº Pedido de Compra 2708/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.30.07 - MATERIAL DE CONSUMO**Modalidade** 73/2014 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Ata de Registro de Preço Nº:** 48/2014**Processo Nº:** 3114/2015 **Empenho:** 5243/2015 **Vínculo** ORDINÁRIO**Fornecedor 2495 JOSÉ ROBERTO PAGANI CRUZ - ME****Nome Fantasia** FRUTAS PAGANI

Endereço RUA JOAO LOPES MESSIAS, 190

Bairro JARDIM AMÉLIA

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VIST

Estado SP

CEP 13876-440

Nº Telefone 3631-4242

C.P.F / C.N.P.J. Nº 64.802.275/0001-21

Nº Fax 3623-2656

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail jrfrutas@ig.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL**Ficha Nº** 400**Dest. Recurso** 011100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11201 GABINETE DO DIRETOR - CULTURA E TURISMO

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE HORTIFRUTIGRANJEIROS

Aplicação Departamento de Cultura e Turismo

Responsável **julianadias****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº** 0**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
011	40	KG	BANANA NANICA DE PRIMEIRA QUALIDADE	2,1000	84,00

Pedido 2708/2015	Total	84,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	84,00

(OITENTA E QUATRO REAIS)**SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015**

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0****Nº Pedido de Compra 2709/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.30.07 - MATERIAL DE CONSUMO**Modalidade** 73/2014 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Ata de Registro de Preço Nº:** 48/2014**Processo Nº:** 3115/2015 **Empenho:** 5244/2015 **Vínculo** ORDINÁRIO**Fornecedor 2495 JOSÉ ROBERTO PAGANI CRUZ - ME****Nome Fantasia** FRUTAS PAGANI

Endereço RUA JOAO LOPES MESSIAS, 190

Bairro JARDIM AMÉLIA

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VIST

Estado SP

CEP 13876-440

Nº Telefone 3631-4242

C.P.F / C.N.P.J. Nº 64.802.275/0001-21

Nº Fax 3623-2656

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail jrfrutas@ig.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL**Ficha Nº** 400**Dest. Recurso** 011100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11201 GABINETE DO DIRETOR - CULTURA E TURISMO

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE HORTIFRUTIGRANJEIROS

Aplicação Departamento de Cultura e Turismo

Responsável **julianadias****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº** 0**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
029	40	KG	MAÇA GALA, CAIXA COM 18 KG CONTENDO 150 UNIDADES	4,9700	198,80

Pedido 2709/2015	Total	198,80
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	198,80

(CENTO E NOVENTA E OITO REAIS E OITENTA CENTAVOS)**SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015**DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃOLUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra **2710/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3112/2015 Empenho: 5221/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **557 LUMAR COMÉRCIO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA**

Nome Fantasia **LUMAR DISTRIBUIDORA**

Endereço AV. WILSON BEGO, 745

Bairro DISTRITO INDUSTRIAL

Cidade FRANCA

Estado SP

CEP 14406-091

Nº Telefone (016) 3721-1102

C.P.F / C.N.P.J. Nº 49.228.695/0001-52

Nº Fax (016) 3721-1102

Inscr. Estadual 310.049.440.111

Inscr. Municipal

e-mail pedidos@lumarfranca.com.br,licitacoes3@lumarfranca

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 689

Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 097/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua **NOTA FISCAL**.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	240	COM	DICLORIDRATO DE BETAISTINA 24 MG - EMBALAGEM COM 30 COMPRIMIDOS; DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA IMPRESSOS NA EMBALAGEM DO MEDICAMENTO; LOTE E VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM PRIMARIA E SECUNDARIA DO MEDICAMENTO; REGISTRO EM VIGOR NA ANVISA E MINISTERIO DA SAUDE; VALIDADE MINIMA 12 MESES EUROFARMA	0,4400	105,60
002	196	COM	CLOPIDOGREL 75 MG. EMBALAGEM CX COM 28 CP. VALIDADE MINIMA 12 MESES. SANDOZ	2,9000	568,40
003	510	COM	CARBONATO CÁLCIO 600MG + VITAMINA D 200 UI. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. NATULAB	0,3000	153,00
004	12	FR	COLECALCIFEROL (VITAMINA D3) 3300 UI/ ML GOTAS 10 ML. COSMED	24,5700	294,84
005	60	COM	MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 20 MG BIOLAB SANUS	0,2400	14,40
006	60	COM	MONTELUCASTE DE SÓDIO 10 MG COMPRIMIDO REVESTIDO; DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA IMPRESSOS NA EMBALAGEM DO MEDICAMENTO; LOTE E VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DO MEDICAMENTO REGISTRO EM VIGOR NA ANVISA E MINISTÉRIO DA SAÚDE; VALIDADE MÍNIMA 12 MESES ZYDUS	1,3700	82,20



Nº Pedido de Compra 2710/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3112/2015 Empenho: 5221/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
007	270	COM	OXCARBAZEPINA 300MG. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. UQFN	0,7400	199,80
008	270	COM	PARACETAMOL 750 MG NOVA QUIMICA	0,4200	113,40
009	660	COM	CLORIDRATO DE PROPAFENONA 300MG. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. ATHAIA	1,0700	706,20
010	60	COM	ROSUVASTATINA 10MG (COMPRIMIDO) SANDOZ	1,4200	85,20
011	720	COM	SINVASTATINA 20 MG COMPRIMIDO SANDOZ	1,4000	1.008,00
012	560	COM	VALSARTANA 80 MG COMPRIMIDO - LOTE E VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DO MEDICAMENTO. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. MEDICAMENTO COM REGISTRO VALIDO NA ANVISA NOVA QUIMICA	0,9700	543,20
013	84	COM	CLORIDRATO DE VENLAFAXINA 150 MG. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. COMP. DE LIBERAÇÃO LENTA. TORRENT	4,5200	379,68
014	180	COM	VITAMINA C 500MG. VALIDADE 12 MESES MARIOL INDUSTRIAL	0,1500	27,00
015	150	COM	VITAMINA E 400 UI. VALIDADE 12 MESES NATULAB	0,4000	60,00
016	300	COM	VARFARINA SÓDICA 5MG. VALIDADE MINIMA 12 MESES. TEUTO	0,2500	75,00
017	112	COM	CLORIDRATO DE VENLAFAXINA 75 MG. VALIDADE MINIMA 12 MESES. COMP. DE LIBERAÇÃO LENTA. TORRENT	3,1900	357,28
018	240	COM	CILOSTAZOL 50MG COMPRIMIDO. VALIDADE MINIMA 12 MESES BIOLAB SANUS	0,6100	146,40

Pedido 2710/2015	Total	4.919,60
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	4.919,60

(QUATRO MIL E NOVECENTOS E DEZENOVE REAIS E SESSENTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra 2710/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3112/2015 **Empenho:** 5221/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
----------------	-------------------	----------------	----------------------	-----------------------	--------------------

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra **2711/2015**

Categoria Econômica: 4.4.90.52.99 - EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE

Modalidade 37/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 60/2015 Empenho: 5179/2015 Vínculo ORDINÁRIO

Fornecedor **1421 NOROESTE COML. DE SUPRIMENTOS LTDA - ME**

Nome Fantasia

Endereço R: JOSÉ ELIAS, 507

Cidade SÃO PAULO

CEP 05.083-03

C.P.F / C.N.P.J. Nº 01.148.472/0001-59

Inscr. Estadual

e-mail noroestesuprimentos@yahoo.com.br

Bairro ALTO DA LAPA

Estado SP

Nº Telefone (011) 3831-1925

Nº Fax

Inscr. Municipal

Local de Entrega

ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 784

Dest. Recurso 053000095

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11504 VIGILANCIA EM SAÚDE

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto 10 (DEZ) DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto Aquisição de Nebulizador Costal e EPI

Aplicação .

Responsável **jorge**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
010	2	UN	NEBULIZADOR COSTAL, ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS: PESO TOTAL : 10,8 KG, CAPACIDADE: RESERVATÓRIO DE CALDA: 6 LITROS, TANQUE DE COMBUSTÍVEL: 2,0 LITROS, MOTOR: DE COMBUSTÃO INTERNA TIPO 2 TEMPOS; REFRIGERADO A AR; COMBUSTÍVEL GASOLINA COM ÓLEO PARA MOTOR 2 TEMPOS A 2% (50:1); CONSUMO DE COMBUSTÍVEL 1,4 L /H, CONSUMO DE CALDA 40 A 50 ML/MINUTO; PARTIDA RETRÁTIL; ROTAÇÃO 2200-7600 RPM; QUE CUMPRE AS NORMAS REFERENTES A EMISSÃO DE POLUENTES. VAZÃO UBV: NEBULIZAÇÃO DE INSETICIDAS A FRIO DO TIPO ESPACIAL, COM NO MÍNIMO 80% DAS PARTÍCULAS ESTÃO ABAIXO DE 30 µM(MÍCRON). SISTEMA DE AGITAÇÃO DA CALDA: AGITAÇÃO ADEQUADA DE PRODUTOS EM FORMULAÇÃO LÍQUIDA E PÓ MOLHÁVEL. COMANDOS: AO LADO DA MÃO DO OPERADOR, INCLUSIVE O REGISTRO (ABRE/ FECHA). CHASSIS: ESTRUTURA TOTALMENTE PRODUZIDA EM PLÁSTICO DE ENGENHARIA À PROVA DE OXIDAÇÃO, LEVE E RESISTENTE. HORÍMETRO/TACÔMETRO: AFERIÇÃO DA ROTAÇÃO DO MOTOR E REGISTRO DAS HORAS TRABALHADAS. UTILIZAÇÃO: EQUIPAMENTO QUE ATENDE AS ESPECIFICAÇÕES PARA USO EM SAÚDE PÚBLICA PARA CONTROLE DE ENDEMIAS, GARANTIA MINIMA DE UM ANO A PARTIR DA DATA DE ENTREGA	2.330,0000	4.660,00

Pedido 2711/2015	Total	4.660,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra 2711/2015

Categoria Econômica: 4.4.90.52.99 - EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE

Modalidade 37/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 60/2015 Empenho: 5179/2015 Vínculo ORDINÁRIO

<u>Item Nº</u>	<u>Quantidade</u>	<u>Un.Med.</u>	<u>Especificação</u>	<u>Valor Unitário</u>	<u>Valor Total</u>
				Valor	4.660,00

(QUATRO MIL E SEISCENTOS E SESENTA REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0****Nº Pedido de Compra 2712/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.30.36 - MATERIAL DE CONSUMO**Modalidade** 37/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 60/2015 **Empenho:** 5177/2015 **Vínculo** ORDINÁRIO**Fornecedor** 1421 **NOROESTE COML. DE SUPRIMENTOS LTDA - ME****Nome Fantasia**

Endereço R: JOSÉ ELIAS, 507

Bairro ALTO DA LAPA

Cidade SÃO PAULO

Estado SP

CEP 05.083-03

Nº Telefone (011) 3831-1925

C.P.F / C.N.P.J. Nº 01.148.472/0001-59

Nº Fax

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail noroestesuprimentos@yahoo.com.br

Local de Entrega

ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 783**Dest. Recurso** 053000095

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11504 VIGILANCIA EM SAÚDE

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto 10 (DEZ) DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto Aquisição de Nebulizador Costal e EPI

Aplicação .

Responsável **jorge****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº** 0**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
002	10	UN	ROUPA DE PROTEÇÃO PARA APLICAÇÃO ESPACIAL DE INSETICIDA, KIT COSTAL ALUMÍNIO TRADICIONAL COM AVENTAL: BONÉ TIPO TOUCA ÁRABE COM COCURUTO E ABA EM EMBORRACHADO ALUMÍNIO E FECHAMENTO EM VELCRO, JALECO COM GOLA COM FECHAMENTO EM VELCRO, COM OMBREIRAS COM VELCRO PARA FIXAÇÃO DO AVENTAL (AJUSTÁVEL) E COM ELÁSTICOS NAS MANGAS E POLEGARES (FIXAÇÃO DA LUVAS); CALÇA COM PERNEIRAS FRONTAIS ATÉ AS VIRILHAS EM EMBORRACHADO ALUMÍNIO; AVENTAL EMBORRACHADO ALUMÍNIO COM VELCRO PARA FIXAÇÃO NAS OMBREIRAS DO JALECO; VISEIRA DE PROTEÇÃO FACIAL ANATÔMICA (ESPUMA ESPECIAL DENSIDADE 26 COM FORMATO DA CABEÇA) COM VIÉS E ACETATO 100% CELULOSE E; PAR DE LUVAS NITRÍLICAS. CONFECCIONADO COM O EXCLUSIVO TECIDO COMFORT TECH PRÓ (CRETONE MISTO DE ALGODÃO E POLIÉSTER) COM TRATAMENTO HIDRORREPELENTE. COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO (C.A.) EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO.	160,0000	1.600,00

Pedido 2712/2015	Total	1.600,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	1.600,00

(UM MIL E SEISCENTOS REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra 2712/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.30.36 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade 37/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 60/2015 **Empenho:** 5177/2015

Vínculo ORDINÁRIO

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
----------------	-------------------	----------------	----------------------	-----------------------	--------------------

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0****Nº Pedido de Compra 2713/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.30.36 - MATERIAL DE CONSUMO**Modalidade** 37/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 60/2015 **Empenho:** 5178/2015 **Vínculo** ORDINÁRIO**Fornecedor 10134 INTERA COMERCIAL LTDA - ME****Nome Fantasia**

Endereço RUA BRUNO GIONGO, 3421

Bairro VILA DERIGGI

Cidade SÃO CARLOS

Estado SP

CEP 13569-231

Nº Telefone (016) 3201-3201

C.P.F / C.N.P.J. Nº 21.943.845/0001-90

Nº Fax (016) 3372-5005

Inscr. Estadual 637351070110

Inscr. Municipal 67888

e-mail intera@hotmail.com

Local de Entrega

Endereço ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 783**Dest. Recurso 053000095**

AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11504 VIGILANCIA EM SAÚDE

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto 10 (DEZ) DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto Aquisição de Nebulizador Costal e EPI

Aplicação .

Responsável **jorge****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº 0****Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	10	UN	RESPIRADOR PURIFICADOR DE AR, MÁSCARA FACIAL INTEIRA; COM CORPO DE SILICONE; COM LENTE EM POLICARBONATO, TRANSPARENTE, COM AMPLO CAMPO DE VISÃO, OPTICAMENTE CORRIGIDO E RESISTENTE A RISCOS E RESPINGOS QUÍMICOS; COM 2 (DOIS) CONJUNTOS FILTRANTES INCLUSOS, ROSCADOS, COM CARVÃO ATIVADO PARA RETENÇÃO DE VAPORES ORGÂNICOS (CLASSE 2) E PARTÍCULAS SÓLIDAS, NÉVOAS (P2) NO LOCAL DE TRABALHO; TIRAS COM AJUSTES FÁCEIS E PRÉ-AJUSTADAS; PERFEITA VEDAÇÃO ENTRE O ROSTO E A PEÇA FACIAL EM QUALQUER PERFIL FACIAL (MÉDIO); COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO (C.A.) EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO COM CITAÇÕES DA NBR 13695/96, 13696/96 E 13697/96 OU ALTERAÇÕES POSTERIORES; COM COBERTURA PARA O NARIZ `NOSE CUP` MATERIAL ATÓXICO E MONTADO NA PEÇA FACIAL PARA A FUNÇÃO DE DIRECIONAR O AR EXALADO, NÃO PERMITINDO O EMBAÇAMENTO DA LENTE. PEÇAS DE REPOSIÇÃO POR MÁSCARA: QUATRO (4) CONJUNTOS FILTRANTES ROSCADOS (FILTRO QUÍMICO CLASSE 2 -MECÂNICO P2) CUJA DATA DE VALIDADE DEVERÁ PERMITIR SUA UTILIZAÇÃO PELO MENOS POR 48 MESES A PARTIR DA ENTREGA E COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO (C.A.) EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. E DOIS (2) VISORES DE POLICARBONATO COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO (C.A.) EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. OBS.: GRAVAR EM ALTO / BAIXO RELEVO O MATERIAL EMPREGADO NO CORPO DA PRÓPRIA	730,0000	7.300,00



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra 2713/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.30.36 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade 37/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 60/2015

Empenho: 5178/2015

Vínculo ORDINÁRIO

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
			MÁSCARA		
003	2	PAR	LUVA DE SEGURANÇA, DE BORRACHA NITRILICA, COM FORRO DE ALGODÃO, TAMANHO P, COMPRIMENTO 33CM, PUNHO RETO, PALMA ANTIDERRAPANTE E INTERIOR LISO, COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO (C.A.) EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO	6,9000	13,80

Pedido 2713/2015	Total	7.313,80
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	7.313,80

(SETE MIL E TREZENTOS E TREZE REAIS E OITENTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0**Nº Pedido de Compra **2714/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.30.99 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade 37/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 60/2015 Empenho: 5180/2015 Vínculo ORDINÁRIO

Fornecedor **10134 INTERA COMERCIAL LTDA - ME**

Nome Fantasia

Endereço RUA BRUNO GIONGO, 3421

Bairro VILA DERIGGI

Cidade SÃO CARLOS

Estado SP

CEP 13569-231

Nº Telefone (016) 3201-3201

C.P.F / C.N.P.J. Nº 21.943.845/0001-90

Nº Fax (016) 3372-5005

Inscr. Estadual 637351070110

Inscr. Municipal 67888

e-mail intera@hotmail.com

Local de Entrega

ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 783

Dest. Recurso 053000095

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11504 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto 10 (DEZ) DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto Aquisição de Nebulizador Costal e EPI

Aplicação .

Responsável **jorge****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.**

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
004	4	PAR	LUVA DE SEGURANÇA, DE BORRACHA NITRILICA, COM FORRO DE ALGODÃO, TAMANHO M, COMPRIMENTO 33CM, PUNHO RETO, PALMA ANTIDERRAPANTE E INTERIOR LISO, COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO (C.A.) EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO	6,9000	27,60
005	4	PAR	LUVA DE SEGURANÇA, DE BORRACHA NITRILICA, COM FORRO DE ALGODÃO, TAMANHO G, COMPRIMENTO 33CM, PUNHO RETO, PALMA ANTIDERRAPANTE E INTERIOR LISO, COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO (C.A.) EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO	6,9000	27,60
006	4	PAR	BOTA EM PVC, COM CANO LONGO 360 MM, Nº 39, COM PALMILHA DE AÇO INOXIDÁVEL, COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO (C.A.) EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO.	35,0000	140,00
007	3	PAR	BOTA EM PVC, COM CANO LONGO 360 MM, Nº 40, COM PALMILHA DE AÇO INOXIDÁVEL, COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO (C.A.) EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO.	35,0000	105,00
008	1	PAR	BOTA EM PVC, COM CANO LONGO 360 MM, Nº 41, COM PALMILHA DE AÇO INOXIDÁVEL, COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO (C.A.) EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO.	35,0000	35,00



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra 2714/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.30.99 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade 37/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 60/2015

Empenho: 5180/2015

Vínculo ORDINÁRIO

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
009	2	PAR	BOTA EM PVC, COM CANO LONGO 360 MM, Nº 42, COM PALMILHA DE AÇO INOXIDÁVEL, COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO (C.A.) EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO.	35,0000	70,00

Pedido 2714/2015	Total	405,20
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	405,20

(QUATROCENTOS E CINCO REAIS E VINTE CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra **2715/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3116/2015 Empenho: 5228/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **3100 R.P.4 DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA**

Nome Fantasia **RP4**
 Endereço R. JOÃO ERBETA Nº 277
 Cidade SANTA RITA DO PASSA
 CEP 13670-000
 C.P.F / C.N.P.J. Nº 04.851.958/0001-47
 Inscr. Estadual

Bairro JARDIM PRIMAVERA
 Estado SP
 Nº Telefone (019) 3584-4400
 Nº Fax (019) 3584-4400
 Inscr. Municipal

e-mail rp4@ibest.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL Ficha Nº 689 Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 099/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	16	COM	LACTULOSE 667MG/ML. FRASCO COM 120ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. LEGRAND	16,5000	264,00
002	1410	COM	CARVEDILOL 3,125 MG. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. LEGRAND	0,3700	521,70
003	510	COM	CARVEDILOL 12,5 MG, PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES LEGRAND	0,4500	229,50
004	840	COM	CILOSTAZOL 100MG, VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES EUROFARMA	0,7100	596,40

Pedido 2715/2015	Total	1.611,60
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	1.611,60

(UM MIL E SEISCENTOS E ONZE REAIS E SESENTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
 DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra **2716/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3121/2015 Empenho: 5190/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **615 AGLON COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA**

Nome Fantasia **AGLON COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA**

Endereço AVENIDA VISCONDE DE NOVA GRANADA Nº 1105 Bairro VILA GROSSKLAUSS

Cidade LEME Estado SP

CEP 13617-400

Nº Telefone (019) 3573-7300

C.P.F / C.N.P.J. Nº 65.817.900/0001-71

Nº Fax (019) 3573-7300

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail pedidos@aglon.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL Ficha Nº 689 Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 087/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	480	COM	BROMETO DE PINAVERIO 50MG.VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. ABBOTT	0,9200	441,60
002	1920	COM	DIVALPROATO DE SÓDIO 250MG. COMPRIMIDO. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. ABBOTT	0,3640	698,88
003	540	COM	DIVALPROATO DE SÓDIO 500MG, COMP. DE LIBERAÇÃO LENTA. ABBOTT	1,6000	864,00

Pedido 2716/2015	Total	2.004,48
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	2.004,48

(DOIS MIL E QUATRO REAIS E QUARENTA E OITO CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra **2717/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3122/2015 Empenho: 5183/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 2261 ALFALAGOS LTDA
Nome Fantasia ALFALAGOS LTDA
 Endereço AV ALBERTO VIEIRA ROMÃO, 1.700 - CAIXA POSTAL 3001 Bairro DISTRITO INDUSTRIAL
 Cidade ALFENAS Estado MG
 CEP 37130-000 Nº Telefone (035) 3291-5047
 C.P.F / C.N.P.J. Nº 05.194.502/0001-14 Nº Fax ()
 Inscr. Estadual 016.189241.0050 Inscr. Municipal
 e-mail pedidos2@alfalagos.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº 689 Dest. Recurso 013100000**
 Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122
 Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA
 Validade SESENTA DIAS
 Prazo Entrega CONFORME CONTRATO Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO
 Garantia CONT 088/15
 Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS
 Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua **NOTA FISCAL**.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	1560	COM	CILOSTAZOL 100MG, VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES BIOLAB SANUS	0,4215	657,54
002	40	FR	CLONAZEPAN 2,5MG/ML EM GOTAS, FRASCO COM 20ML, VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES HIPOLABOR	1,5455	61,82
003	200	COM	CLORIDRATO DE VENLAFAXINA 37,5 MG XR. VALIDADE DE 12 MESES RANBAXY	0,3469	69,38
004	180	COM	NIMODIPINA 30MG. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. HYPARMARCAS	0,0889	16,00

Pedido 2717/2015	Total	804,74
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	804,74

(OITOCENTOS E QUATRO REAIS E SETENTA E QUATRO CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
 DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0**Nº Pedido de Compra **2718/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3123/2015 Empenho: 5185/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **6238****ANBIOTON IMPORTADORA LTDA**

Nome Fantasia

ANBIOTON IMPORTADORA LTDA

Endereço RUA DOZE DE MAIO, 547

Bairro VILA GALVÃO

Cidade GUARULHOS

Estado SP

CEP 07056-120

Nº Telefone (011) 2304-1701

C.P.F / C.N.P.J. Nº 11.260.846/0001-87

Nº Fax (011) 4372-9982

Inscr. Estadual 336.905.878.113

Inscr. Municipal

e-mail anbioton@anbioton.com

Local de Entrega

ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 689

Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 089/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.**

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	360	COM	DOXAZOSINA 2MG COMPRIMIDO VALIDADE MÍNIMA 12 MESES EMS	0,0800	28,80

Pedido 2718/2015	Total	28,80
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	28,80

(VINTE E OITO REAIS E OITENTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃOLUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra 2719/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3124/2015 **Empenho:** 5199/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 5689

CM HOSPITALAR LTDA

Nome Fantasia **CIRURGICA MAFRA (CATALÃO)**

Endereço EIXO 03, MÓDULOS 26 À 30, QUADRA 9A

Bairro DIMIC

Cidade CATALÃO

Estado GO

CEP 75709-685

Nº Telefone (064) 3442-6541

C.P.F / C.N.P.J. Nº 12.420.164/0003-19

Nº Fax (064) 3442-6871

Inscr. Estadual 10.502.250-0

Inscr. Municipal

e-mail mafra.catalao@cirurgicamafra.com.br, <licitacoes@ma

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 689

Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 090/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	100	COM	RISPERIDONA 0,5MG . VALIDADE MÍNIMA 12 MESES NOVARTIS	1,5100	151,00

Pedido 2719/2015	Total	151,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	151,00

(CENTO E CINQUENTA E UM REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

Nº Pedido de Compra **2720/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3125/2015 Empenho: 5209/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **1305 DAKFILM COMERCIAL LTDA**Nome Fantasia **DAKFILM**

Endereço RUA OURO GROSSO, 1343

Bairro CASA VERDE

Cidade SÃO PAULO

Estado SP

CEP 02531-011

Nº Telefone (011) 3857-8766

C.P.F / C.N.P.J. Nº 61.613.881/0001-00

Nº Fax (999)

Inscr. Estadual 112.539.090.119

Inscr. Municipal

e-mail leila.fernandes@dakfilm.com

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 689

Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 101/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.**

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	30	UN	INSULINA ASPART - NOVORAPID FLEX PEN CAIXA COM 5 CANETAS. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES NOVO NORDISK	28,5800	857,40
002	30	UN	INSULINA DETEMIR CANETA COM 3ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. NOVO NORDISK	59,3500	1.780,50

Pedido 2720/2015	Total	2.637,90
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	2.637,90

(DOIS MIL E SEISCENTOS E TRINTA E SETE REAIS E NOVENTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃOLUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0****Nº Pedido de Compra 2721/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT**Modalidade** 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 3126/2015 **Empenho:** 5213/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Fornecedor 5073 DUPATRI HOSPITALAR COMÉRCIO, IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO LTDA**
Nome Fantasia DUPATRI

Endereço AVENIDA JOSÉ SEVERINO, 3530

Bairro VEREDA DOS BURITIS

Cidade CATALÃO

Estado GO

CEP 75709-616

Nº Telefone (064) 3442-8081

C.P.F / C.N.P.J. Nº 04.027.894/0003-26

Nº Fax (064) 34428036 1

Inscr. Estadual 10.444.430-4

Inscr. Municipal

e-mail licitacao3@dupatri.com.br,licitacao2@dupatri.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº 689** **Dest. Recurso 013100000**
Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 093/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº** 0**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	210	FR	OXCARBAZEPINA SUSPENSÃO A 6%. FRASCO COM 100ML. INCLUI 1 SERINGA DOSADORA. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. UNIÃO QUIMICA	22,4200	4.708,20

Pedido 2721/2015	Total	4.708,20
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	4.708,20

(QUATRO MIL E SETECENTOS E OITO REAIS E VINTE CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃOLUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra 2722/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3127/2015 **Empenho:** 5217/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 10133 HOSPFAR - INDUSTRIA E COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA

Nome Fantasia HOSPFAR

Endereço SIA/SUL TRECHO 03 LOTE 1700/1710

Bairro GUARA (SIA/SUL)

Cidade BRASÍLIA

Estado DF

CEP 71200-030

Nº Telefone (061) 4003-3500

C.P.F / C.N.P.J. Nº 26.921.908/0002-02

Nº Fax ()

Inscr. Estadual 0741938600275

Inscr. Municipal

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 689

Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 095/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	150	COM	FINASTERIDA 5MG COMPRIMIDO. VALIDADE MINIMA 12 MESES EUROFARMA	0,2200	33,00

Pedido 2722/2015	Total	33,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	33,00

(TRINTA E TRÊS REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra 2723/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3128/2015 **Empenho:** 5223/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 557 LUMAR COMÉRCIO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA
Nome Fantasia LUMAR DISTRIBUIDORA

Endereço AV. WILSON BEGO, 745 Bairro DISTRITO INDUSTRIAL
 Cidade FRANCA Estado SP
 CEP 14406-091 Nº Telefone (016) 3721-1102
 C.P.F / C.N.P.J. Nº 49.228.695/0001-52 Nº Fax (016) 3721-1102
 Inscr. Estadual 310.049.440.111 Inscr. Municipal
 e-mail pedidos@lumarfranca.com.br,licitacoes3@lumarfranca

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº 689** **Dest. Recurso 013100000**

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122
 Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
 Validade SESENTA DIAS
 Prazo Entrega CONFORME CONTRATO Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO
 Garantia CONT 097/15
 Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS
 Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	260	COM	OXCARBAZEPINA 600 MG.VALIDADE MINIMA 12 MESES. UQFN	0,7500	195,00

Pedido 2723/2015	Total	195,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	195,00

(CENTO E NOVENTA E CINCO REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
 DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0****Nº Pedido de Compra 2724/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT**Modalidade** 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 3129/2015 **Empenho:** 5226/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Fornecedor 3100 R.P.4 DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA****Nome Fantasia** RP4

Endereço R. JOÃO ERBETA Nº 277

Bairro JARDIM PRIMAVERA

Cidade SANTA RITA DO PASSA

Estado SP

CEP 13670-000

Nº Telefone (019) 3584-4400

C.P.F / C.N.P.J. Nº 04.851.958/0001-47

Nº Fax (019) 3584-4400

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail rp4@ibest.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL**Ficha Nº** 689**Dest. Recurso** 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 099/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº** 0**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	10	FR	INSULINA HUMANA 70% NPH + 30% REGULAR. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. ELI LILLY	37,7700	377,70

Pedido 2724/2015	Total	377,70
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	377,70

(TREZENTOS E SETENTA E SETE REAIS E SETENTA CENTAVOS)**SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015**

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
 DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra **2725/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3130/2015 Empenho: 5181/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **2261 ALFALAGOS LTDA**

Nome Fantasia **ALFALAGOS LTDA**

Endereço AV ALBERTO VIEIRA ROMÃO, 1.700 - CAIXA POSTAL 3001 Bairro DISTRITO INDUSTRIAL

Cidade ALFENAS Estado MG

CEP 37130-000

Nº Telefone (035) 3291-5047

C.P.F / C.N.P.J. Nº 05.194.502/0001-14

Nº Fax ()

Inscr. Estadual 016.189241.0050

Inscr. Municipal

e-mail pedidos2@alfalagos.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº 581 Dest. Recurso 013100000**

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11501 GESTÃOS DO SUS

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 088/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	60	AMP	ADENOSINA 6MG AMPOLAS IV. VALIDADE MINIMA 12 MESES HIPOLABOR	9,6500	579,00
002	350	AMP	CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% AMPOLA 10ML COM VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. ISOFARMA	0,2388	83,58
003	100	AMP	CLORETO DE SÓDIO À 10% AMPOLA COM 10 ML. EMBALAGEM INDIVIDUAL. VALIDADE MINIMA 12 MESES. ISOFARMA	0,2107	21,07
004	10	AMP	CLORIDRATO DE DOPAMINA 5 MG/ML.AMPOLA COM 10 ML VALIDADE MÍNIMA 12 MESES UNIÃO QUIMICA	1,1240	11,24
005	60	AMP	CLORIDRATO DE ETILEFRINA 10MG/1ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. UNIÃO QUIMICA	1,0679	64,07
006	200	AMP	CLORIDRATO DE PETIDINA 50MG/ML. FRASCO COM 2ML VALIDADE MÍNIMA 12 MESES UNIÃO QUIMICA	1,7000	340,00
007	20	AMP	GLUCONATO DE CÁLCIO 10% AMPOLA COM 10 ML VALIDADE MÍNIMA 12 MESES ISOFARMA	1,2645	25,29
008	500	COM	HALOPERIDOL 5 MG/ML SOLUÇÃO INJETAVEL. AMPOLA COM 1 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES TEUTO	0,5893	294,65



Nº Pedido de Compra 2725/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3130/2015 Empenho: 5181/2015

Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
009	1500	FRA	HIDROCORTISONA 500 MG. FRS-AMPOLA COM DILUENTE 2 ML. EMBALAGEM COM 50 FRS/ AMPOLA. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. TEUTO	5,7500	8.625,00
010	100	FRA	LIDOCAÍNA 2% COM EPINEFRINA 1:200000. FRS C/ 20ML VALIDADE 12 MESES HYPOFARMA	3,1000	310,00
011	50	AMP	METILERGOMETRINA 0,2 MG/ML SOLUÇÃO INJETAVEL UNIÃO QUIMICA	1,4400	72,00
012	10	AMP	NORADRENALINA 1MG/ML AMPOLA DE 4ML. VALIDADE MINIMA 12 MESES HYPOFARMA	5,5200	55,20
013	5100	UN	SORO FISIOLÓGICO 0,9% AMPOLAS COM 10 ML .EMBALAGEM INDIVIDUAL COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA. VALIDADE MINIMA 12 MESES. ISOFARMA	0,1800	918,00
014	200	AMP	SULFATO DE ATROPINA 0,25 MG AMP. 1 ML. VALIDADE MINIMA 12 MESES. ISOFARMA	0,2500	50,00

Pedido 2725/2015	Total	11.449,10
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	11.449,10

(ONZE MIL E QUATROCENTOS E QUARENTA E NOVE REAIS E DEZ CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra **2726/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3131/2015 Empenho: 5202/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **5104 COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA**

Nome Fantasia **COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA**

Endereço RUA DA SAUDADE, 45-A

Bairro CAMPO DA MOGIANA

Cidade POÇOS DE CALDAS

Estado MG

CEP 37701-331

Nº Telefone (019) 3522-5804

C.P.F / C.N.P.J. Nº 67.729.178/0004-91

Nº Fax (019) 3522-5800

Inscr. Estadual 062.996.580-0102

Inscr. Municipal

e-mail vendas@rioclarense.com.br, <adriana.perinotto@riocl

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 581

Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11501 GESTÃOS DO SUS

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 091/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	1200	AMP	ACETATO DE BETAMETASONA, FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA AMPOLA COM 1 ML. EMBALAGEM HOSPITALAR, VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. UNIÃO QUIMICA	5,5800	6.696,00
002	1500	AMP	ADRENALINA 1/1000 AMPOLA COM 1 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. HIPOLABOR	1,1250	1.687,50
003	6000	AMP	ÁGUA PARA INJEÇÃO AMPOLA 10 ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. EQUIPLEX	0,1550	930,00
004	7000	AMP	BROMETO DE N-BUTILESCOPOLAMINA 20MG/5ML + DIPIRONA SÓDICA 2,5G/ML, AMPOLA COM 5ML EMBALAGEM. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. HIPOLABOR	1,6000	11.200,00
005	1000	AMP	BROMOPRIDA 10MG INJETÁVEL AMPOLA 2ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. WASSER FARMA	0,7150	715,00
006	10000	AMP	DICLOFENACO SÓDICO 75 MG/3ML. AMPOLA COM 3 ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. FARMACE	0,5600	5.600,00
007	7000	AMP	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML AMPOLA COM 2ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. TEUTO	0,5030	3.521,00
008	3000	AMP	FUROSEMIDA 20 MG AMPOLA COM 2 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES SANTISTA	0,5500	1.650,00



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra 2726/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3131/2015 Empenho: 5202/2015

Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº Quantidade Un.Med. Especificação Valor Unitário Valor Total

Pedido 2726/2015	Total	31.999,50
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	31.999,50

(TRINTA E UM MIL E NOVECENTOS E NOVENTA E NOVE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra **2727/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3132/2015 Empenho: 5206/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **836 CRISTÁLIA PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA**

Nome Fantasia **LABORATÓRIO CRISTÁLIA**

Endereço RODOVIA ITAPIRA - LINDÓIA, KM 14

Bairro FAZ ESTANCIA CRISTAL

Cidade ITAPIRA

Estado SP

CEP 13974-900

Nº Telefone (019) 3863 9500

C.P.F / C.N.P.J. Nº 44.734.671/0001-51

Nº Fax (019) 3863-9589

Inscr. Estadual 374.007.758.117

Inscr. Municipal

e-mail concorrencia15@crystalia.com.br, <concorrencia7@cri

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 581

Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11501 GESTÃOS DO SUS

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 092/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	6	FR	CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA SPRAY 10% ANESTESIA TÓPICA FR. C/ 50 ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES CRISTÁLIA	37,7900	226,74
002	2000	AMP	DECANOATO DE HALOPERIDOL 50 MG/ML SOLUÇÃO INJETAVEL - AMPOLA COM 1 ML CRISTÁLIA	7,9900	15.980,00
003	200	AMP	FENOBARBITAL 100MG/ML. AMPOLA DE 2 ML. EMBALAGEM CX. COM 50 AMPOLAS, VALIDADE MINIMA 12 MESES. CRISTÁLIA	1,3100	262,00
004	500	AMP	FITOMENADIONA 10 MG. ADMINISTRAÇÃO INTRA MUSCULAR. AMPOLA COM 1 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CRISTÁLIA	0,8990	449,50
005	200	AMP	HIDRALAZINA 20 MG/ML SOLUÇÃO INJETAVEL CRISTÁLIA	3,4970	699,40

Pedido 2727/2015	Total	17.617,64
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	17.617,64

(DEZESETE MIL E SEISCENTOS E DEZESETE REAIS E SESENTA E QUATRO CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra 2727/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3132/2015 **Empenho:** 5206/2015

Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
----------------	-------------------	----------------	----------------------	-----------------------	--------------------

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0****Nº Pedido de Compra 2728/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO**Modalidade** 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 3133/2015 **Empenho:** 5211/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Fornecedor 1305 DAKFILM COMERCIAL LTDA****Nome Fantasia DAKFILM**

Endereço RUA OURO GROSSO, 1343

Bairro CASA VERDE

Cidade SÃO PAULO

Estado SP

CEP 02531-011

Nº Telefone (011) 3857-8766

C.P.F / C.N.P.J. Nº 61.613.881/0001-00

Nº Fax (999)

Inscr. Estadual 112.539.090.119

Inscr. Municipal

e-mail leila.fernandes@dakfilm.com

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL**Ficha Nº** 581**Dest. Recurso** 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11501 GESTÃOS DO SUS

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 101/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº** 0**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	2500	AMP	CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA 10 MG. AMPOLA COM 2 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. ISOFARMA	0,2300	575,00

Pedido 2728/2015	Total	575,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	575,00

(QUINHENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃOLUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0****Nº Pedido de Compra 2729/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO**Modalidade** 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 3134/2015 **Empenho:** 5218/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Fornecedor 423 INTERLAB FARMACÊUTICA LTDA****Nome Fantasia**

Endereço AV. ÁGUA FRIA Nº 981/985

Cidade SÃO PAULO

CEP 02333-001

C.P.F / C.N.P.J. Nº 43.295.831/0001-40

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail interlab@interlab.com.br, <cadastro@interlab.com.br>

Bairro ÁGUA FRIA

Estado SP

Nº Telefone (011) 2997-9177

Nº Fax (011) 2204-5996

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº 581** **Dest. Recurso 013100000**

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11501 GESTÃOS DO SUS

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 096/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº** 0**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	5000	AMP	DIMENIDRATO, VITAMINA B6, GLICOSE, FRUTOSE, AMPOLA COM 10 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. TAKEDA	1,8600	9.300,00

Pedido 2729/2015	Total	9.300,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	9.300,00

(NOVE MIL E TREZENTOS REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃOLUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra **2730/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3135/2015 Empenho: 5220/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **557 LUMAR COMÉRCIO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA**

Nome Fantasia **LUMAR DISTRIBUIDORA**

Endereço AV. WILSON BEGO, 745

Bairro DISTRITO INDUSTRIAL

Cidade FRANCA

Estado SP

CEP 14406-091

Nº Telefone (016) 3721-1102

C.P.F / C.N.P.J. Nº 49.228.695/0001-52

Nº Fax (016) 3721-1102

Inscr. Estadual 310.049.440.111

Inscr. Municipal

e-mail pedidos@lumarfranca.com.br,licitacoes3@lumarfranca

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 581

Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11501 GESTÃOS DO SUS

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 097/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	100	BGA	ACETATO DE RETINOL 1 MILHÃO UI% + AMINOÁCIDOS 2,5% + METIONINA 0,5% + CLORANFENICOL 0,5%. POMADA OFTÁLMICA. BISNAGA COM 3,5G. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. LANITOFARMA	7,6900	769,00
002	600	AMP	AMINOFILINA 240 MG 10ML INJETÁVEL. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES TEUTO	0,8600	516,00
003	300	AMP	AMIODARONA INJETÁVEL. AMPOLA COM 3 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES HIPOLABOR	2,0300	609,00
004	30	AMP	BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% AMPOLA. 10 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. SAMTEC	1,0000	30,00
005	160	FR	BROMETO DE IPRATRÓPIO SOLUÇÃO INALANTE 0,25 MG/ML - FRS - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES TEUTO	0,6600	105,60
006	300	AMP	BROMETO DE N-BUTILESCOPOLAMINA 20 MG/ 1ML. VALIDADE MINIMA 12 MESES. TEUTO	1,0000	300,00
007	2000	AMP	COMPLEXO B INJETÁVEL; AMPOLA 2ML. VALIDADE MINIMA 12 MESES. HYPOFARMA	0,5900	1.180,00
008	50	AMP	DESLANOSIDO 0,4 MG/ML AMP. COM 2 ML. EMBALAGEM CX. COM 50 AMP. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. UQFN	2,0000	100,00



Nº Pedido de Compra 2730/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3135/2015 Empenho: 5220/2015

Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
009	5500	AMP	DEXAMETASONA 4MG AMPOLA COM 2,5ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. FARMACE	1,0000	5.500,00
010	500	AMP	DIAZEPAN 10 MG. AMPOLA COM 2 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. HIPOLABOR	0,7000	350,00
011	1500	AMP	FRUTOSE, VITAMINA C, COMPLEXO B, AMPOLA COM 10 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CRISTÁLIA	4,6000	6.900,00
012	300	AMP	GENTAMICINA 80 MG. AMPOLA COM 2 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. HIPOLABOR	1,3600	408,00
013	1500	AMP	GLICOSE 25% AMPOLA COM 10 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. ISOFARMA	0,2000	300,00
014	500	AMP	GLICOSE 50% AMPOLA COM 10 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. ISOFARMA	0,2400	120,00
015	50	AMP	MIDAZOLAN 5MG/5ML AMPOLA . VALIDADE MÍNIMA 12 MESES HIPOLABOR	2,0000	100,00
016	10	FR	RIFAMICINA SV SODICA 10MG/ML SPRAY FRASCO COM 20 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. NATULAB	3,0000	30,00

Pedido 2730/2015	Total	17.317,60
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	17.317,60

(DEZESSETE MIL E TREZENTOS E DEZESSETE REAIS E SESSENTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra **2731/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3136/2015 **Empenho: 5229/2015** **Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Fornecedor 432 T.R.M COMERCIAL DE MEDICAMENTOS LTDA

Nome Fantasia TRM

Endereço RUA DAVID DE CARVALHO, 344/350

Bairro VILA VALENTIM

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13873-020

Nº Telefone (019) 3633-2602

C.P.F / C.N.P.J. Nº 71.912.315/0001-53

Nº Fax (019) 3623-1076

Inscr. Estadual 639.053.945.110

Inscr. Municipal

e-mail alersontrm@dglnet.com.br

Local de Entrega

Endereço ALMOXARIFADO CENTRAL AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Ficha Nº 581

Dest. Recurso 013100000

Unidade Orçamentaria 11501 GESTÃOS DO SUS

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 100/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	5500	FR	SORO FISIOLÓGICO 0,9% COM 100 ML . EMBALAGEM INDIVIDUAL COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA. EMBALAGEM FRASCO/BOLSA FLEXÍVEIS DE PVC EM SISTEMA FECHADO. VALIDADE MINIMA 12 MESES. EUROFARMA	1,6100	8.855,00
002	8300	FR	SORO FISIOLÓGICO 0,9% COM 250 ML . EMBALAGEM INDIVIDUAL COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA. EMBALAGEM FRASCO/BOLSA FLEXÍVEIS DE PVC EM SISTEMA FECHADO. VALIDADE MINIMA 12 MESES EUROFARMA	1,7900	14.857,00

Pedido 2731/2015	Total	23.712,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	23.712,00

(VINTE E TRÊS MIL E SETECENTOS E DOZE REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra **2732/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3137/2015 Empenho: 5231/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **2261 ALFALAGOS LTDA**
 Nome Fantasia **ALFALAGOS LTDA**

Endereço AV ALBERTO VIEIRA ROMÃO, 1.700 - CAIXA POSTAL 3001 Bairro DISTRITO INDUSTRIAL
 Cidade ALFENAS Estado MG
 CEP 37130-000 Nº Telefone (035) 3291-5047
 C.P.F / C.N.P.J. Nº 05.194.502/0001-14 Nº Fax ()
 Inscr. Estadual 016.189241.0050 Inscr. Municipal
 e-mail pedidos2@alfalagos.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL Ficha Nº 601 Dest. Recurso 023000071

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 088/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax:() (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	504	COM	CLOPIDOGREL 75 MG. EMBALAGEM CX COM 28 CP. VALIDADE MINIMA 12 MESES. ARROW	0,3654	184,16

Pedido 2732/2015	Total	184,16
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	184,16

(CENTO E OITENTA E QUATRO REAIS E DEZESSEIS CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
 DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra **2733/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3138/2015 Empenho: 5232/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **5104 COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA**

Nome Fantasia **COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA**

Endereço RUA DA SAUDADE, 45-A

Bairro CAMPO DA MOGIANA

Cidade POÇOS DE CALDAS

Estado MG

CEP 37701-331

Nº Telefone (019) 3522-5804

C.P.F / C.N.P.J. Nº 67.729.178/0004-91

Nº Fax (019) 3522-5800

Inscr. Estadual 062.996.580-0102

Inscr. Municipal

e-mail vendas@rioclarense.com.br, <adriana.perinotto@riocl

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 601

Dest. Recurso 023000071

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 091/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	300	TUB	SULFADIAZINA DE PRATA 1% , 50G NATIVITA	2,7000	810,00

Pedido 2733/2015	Total	810,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	810,00

(OITOCENTOS E DEZ REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra **2734/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3139/2015 Empenho: 5233/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **836 CRISTÁLIA PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA**

Nome Fantasia **LABORATÓRIO CRISTÁLIA**

Endereço RODOVIA ITAPIRA - LINDÓIA, KM 14

Bairro FAZ ESTANCIA CRISTAL

Cidade ITAPIRA

Estado SP

CEP 13974-900

Nº Telefone (019) 3863 9500

C.P.F / C.N.P.J. Nº 44.734.671/0001-51

Nº Fax (019) 3863-9589

Inscr. Estadual 374.007.758.117

Inscr. Municipal

e-mail concorrencia15@crystalia.com.br, <concorrencia7@cri

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 601

Dest. Recurso 023000071

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 092/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	500	CX	CLORIDRATO DE PROMETAZINA 50 MG. AMPOLA COM 2 ML. EMBALAGEM CX. COM 50 AMPOLAS. VALIDADE MINIMA 12 MESES. CRISTÁLIA	1,0700	535,00
002	50	AMP	CLORPROMAZINA 25MG INJ. AMP. 5 ML VALIDADE MÍNIMA 12 MESES CRISTÁLIA	1,1200	56,00

Pedido 2734/2015	Total	591,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	591,00

(QUINHENTOS E NOVENTA E UM REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

Nº Pedido de Compra **2735/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3140/2015 Empenho: 5189/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **615 AGLON COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA**Nome Fantasia **AGLON COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA**

Endereço AVENIDA VISCONDE DE NOVA GRANADA Nº 1105 Bairro VILA GROSSKLAUSS

Cidade LEME Estado SP

CEP 13617-400

Nº Telefone (019) 3573-7300

C.P.F / C.N.P.J. Nº 65.817.900/0001-71

Nº Fax (019) 3573-7300

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail pedidos@aglon.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRALFicha Nº **689**Dest. Recurso **013100000**

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 087/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.**

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	12000	COM	CLORIDRATO DE VENLAFAXINA 75 MG. VALIDADE MINIMA 12 MESES. COMP. DE LIBERAÇÃO LENTA. TORRENT	0,6500	7.800,00

Pedido 2735/2015	Total	7.800,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	7.800,00

(SETE MIL E OITOCENTOS REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃOLUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

Nº Pedido de Compra **2736/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3141/2015 Empenho: 5187/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **2261****ALFALAGOS LTDA**

Nome Fantasia

ALFALAGOS LTDA

Endereço AV ALBERTO VIEIRA ROMÃO, 1.700 - CAIXA POSTAL 3001 Bairro DISTRITO INDUSTRIAL

Cidade ALFENAS Estado MG

CEP 37130-000

Nº Telefone (035) 3291-5047

C.P.F / C.N.P.J. Nº 05.194.502/0001-14

Nº Fax ()

Inscr. Estadual 016.189241.0050

Inscr. Municipal

e-mail pedidos2@alfalagos.com.br

Local de Entrega

Endereço ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº **689**Dest. Recurso **013100000**

AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 088/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.**

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	1000	UN	NISTATINA CREME VAG 25000 UI/G. VALIDADE MINIMA 12 MESES TEUTO	2,5800	2.580,00

Pedido 2736/2015	Total	2.580,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	2.580,00

(DOIS MIL E QUINHENTOS E OITENTA REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃOLUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra **2737/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3142/2015 Empenho: 5201/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 5104 COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA
Nome Fantasia COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA
 Endereço RUA DA SAUDADE, 45-A Bairro CAMPO DA MOGIANA
 Cidade POÇOS DE CALDAS Estado MG
 CEP 37701-331 Nº Telefone (019) 3522-5804
 C.P.F / C.N.P.J. Nº 67.729.178/0004-91 Nº Fax (019) 3522-5800
 Inscr. Estadual 062.996.580-0102 Inscr. Municipal
 e-mail vendas@rioclarense.com.br, <adriana.perinotto@riocl

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº 689 Dest. Recurso 013100000**
 Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122
 Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA
 Validade SESENTA DIAS
 Prazo Entrega CONFORME CONTRATO Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO
 Garantia CONT 091/15
 Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS
 Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	15000	COM	CLORIDRATO DE AMIODARONA 200MG - APRESENTAÇÃO COMPRIMIDOS - VALIDADE MINIMA 12 MESES. GEOLAB	0,2190	3.285,00

Pedido 2737/2015	Total	3.285,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	3.285,00

(TRÊS MIL E DUZENTOS E OITENTA E CINCO REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
 DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0****Nº Pedido de Compra 2738/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT**Modalidade** 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 3143/2015**Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Anulação de Empenho:** 10137/2015**Fornecedor 615 AGLON COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA****Nome Fantasia AGLON COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA**

Endereço AVENIDA VISCONDE DE NOVA GRANADA Nº 1105

Bairro VILA GROSSKLAUSS

Cidade LEME

Estado SP

CEP 13617-400

Nº Telefone (019) 3573-7300

C.P.F / C.N.P.J. Nº 65.817.900/0001-71

Nº Fax (019) 3573-7300

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail pedidos@aglon.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL**Ficha Nº** 697**Dest. Recurso** 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 087/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº** 0**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	50000	COM	LEVOTIROXINA 100MG ABBOTT	0,1060	5.300,00

Pedido 2738/2015	Total	5.300,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	5.300,00

(CINCO MIL E TREZENTOS REAIS)**SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015**

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
 DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0****Nº Pedido de Compra 2739/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT**Modalidade** 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 3144/2015 **Empenho:** 5186/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Fornecedor 2261****ALFALAGOS LTDA****Nome Fantasia****ALFALAGOS LTDA**

Endereço AV ALBERTO VIEIRA ROMÃO, 1.700 - CAIXA POSTAL 3001 Bairro DISTRITO INDUSTRIAL

Cidade ALFENAS Estado MG

CEP 37130-000

Nº Telefone (035) 3291-5047

C.P.F / C.N.P.J. Nº 05.194.502/0001-14

Nº Fax ()

Inscr. Estadual 016.189241.0050

Inscr. Municipal

e-mail pedidos2@alfalagos.com.br

Local de Entrega

ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 697**Dest. Recurso 013100000**

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 088/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº 0****Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	50000	COM	ATENOLOL 50MG - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES VITAPAN	0,0240	1.200,00
002	200	COM	LACTULOSE 667MG/ML. FRASCO COM 120ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. EMS	8,9900	1.798,00
003	2000	UN	NISTATINA CREME VAG 25000 UI/G. VALIDADE MINIMA 12 MESES TEUTO	2,5800	5.160,00

Pedido 2739/2015	Total	8.158,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	8.158,00

(OITO MIL E CENTO E CINQUENTA E OITO REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃOLUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra 2740/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3145/2015

Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Anulação de Empenho: 8376/2015

Fornecedor 6238 ANBIOTON IMPORTADORA LTDA

Nome Fantasia ANBIOTON IMPORTADORA LTDA

Endereço RUA DOZE DE MAIO, 547

Bairro VILA GALVÃO

Cidade GUARULHOS

Estado SP

CEP 07056-120

Nº Telefone (011) 2304-1701

C.P.F / C.N.P.J. Nº 11.260.846/0001-87

Nº Fax (011) 4372-9982

Inscr. Estadual 336.905.878.113

Inscr. Municipal

e-mail anbioton@anbioton.com

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 697

Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 089/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	500	FR	AMOXICILINA 250 MG + CLAVUNATO 62,5 MG/5 ML PÓ P/SUSPENSÃO ORAL 75 ML SANDOZ	5,2300	2.615,00
002	16000	COM	DOXAZOSINA 2MG COMPRIMIDO VALIDADE MÍNIMA 12 MESES EMS	0,0800	1.280,00

Pedido 2740/2015	Total	3.895,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	3.895,00

(TRÊS MIL E OITOCENTOS E NOVENTA E CINCO REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

Nº Pedido de Compra **2741/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3146/2015 Empenho: 5198/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **5689****CM HOSPITALAR LTDA**Nome Fantasia **CIRURGICA MAFRA (CATALÃO)**

Endereço EIXO 03, MÓDULOS 26 À 30, QUADRA 9A

Bairro DIMIC

Cidade CATALÃO

Estado GO

CEP 75709-685

Nº Telefone (064) 3442-6541

C.P.F / C.N.P.J. Nº 12.420.164/0003-19

Nº Fax (064) 3442-6871

Inscr. Estadual 10.502.250-0

Inscr. Municipal

e-mail mafra.catalao@cirurgicamafra.com.br, <licitacoes@ma

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRALFicha Nº **697**Dest. Recurso **013100000**

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 090/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão **DEVOLVIDOS**. O Número deste pedido deverá constar em sua **NOTA FISCAL**.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	60000	COM	LEVODOPA 200 MG + BENSERAZIDA 50 MG COMPRIMIDO ROCHE	0,4300	25.800,00

Pedido 2741/2015	Total	25.800,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	25.800,00

(VINTE E CINCO MIL E OITOCENTOS REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra **2742/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3147/2015 Empenho: 5200/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **5104 COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA**

Nome Fantasia **COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA**

Endereço RUA DA SAUDADE, 45-A

Bairro CAMPO DA MOGIANA

Cidade POÇOS DE CALDAS

Estado MG

CEP 37701-331

Nº Telefone (019) 3522-5804

C.P.F / C.N.P.J. Nº 67.729.178/0004-91

Nº Fax (019) 3522-5800

Inscr. Estadual 062.996.580-0102

Inscr. Municipal

e-mail vendas@rioclarense.com.br, <adriana.perinotto@riocl

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 697

Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 091/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	1000	COM	AZITROMICINA 500 MG MEDQUIMICA	0,3600	360,00
002	30000	COM	CARBAMAZEPINA 200 MG - FURP - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES - MED. PORTARIA 344/98 C1- APRESENTAÇÃO COMPRIMIDO NEO QUIMICA	0,0760	2.280,00
003	30000	COM	CARVEDILOL 12,5 MG, PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES BALDACCI	0,0850	2.550,00
004	30000	COM	CARVEDILOL 3,125 MG. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. BALDACCI	0,0670	2.010,00
005	30000	COM	MALEATO ENALAPRIL 20 MG - COMPRIMIDO - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES BELFAR	0,0480	1.440,00

Pedido 2742/2015	Total	8.640,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	8.640,00

(OITO MIL E SEISCENTOS E QUARENTA REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra 2742/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3147/2015 **Empenho:** 5200/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
----------------	-------------------	----------------	----------------------	-----------------------	--------------------

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra **2743/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3148/2015 Empenho: 5208/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **836 CRISTÁLIA PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA**

Nome Fantasia **LABORATÓRIO CRISTÁLIA**

Endereço RODOVIA ITAPIRA - LINDÓIA, KM 14

Bairro FAZ ESTANCIA CRISTAL

Cidade ITAPIRA

Estado SP

CEP 13974-900

Nº Telefone (019) 3863 9500

C.P.F / C.N.P.J. Nº 44.734.671/0001-51

Nº Fax (019) 3863-9589

Inscr. Estadual 374.007.758.117

Inscr. Municipal

e-mail concorrencia15@crystalia.com.br, <concorrencia7@cri

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 697

Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 092/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	30000	COM	CLORIDRATO IMIPRAMINA 25 MG - FURP - APRESENTAÇÃO COMPRIMIDO - VALIDADE MINIMA 12 MESES - PORTARIA 344/98 C1 CRISTÁLIA	0,1500	4.500,00
002	100000	COM	FENOBARBITAL 100MG COMPRIMIDOS. VALIDADE MINIMA 12 MESES. CRISTÁLIA	0,0890	8.900,00

Pedido 2743/2015	Total	13.400,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	13.400,00

(TREZE MIL E QUATROCENTOS REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra 2744/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3149/2015 **Empenho:** 5215/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 10133 HOSPFAR - INDUSTRIA E COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
Nome Fantasia HOSPFAR

Endereço SIA/SUL TRECHO 03 LOTE 1700/1710

Bairro GUARA (SIA/SUL)

Cidade BRASÍLIA

Estado DF

CEP 71200-030

Nº Telefone (061) 4003-3500

C.P.F / C.N.P.J. Nº 26.921.908/0002-02

Nº Fax ()

Inscr. Estadual 0741938600275

Inscr. Municipal

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº 697** **Dest. Recurso 013100000**

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 095/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	16000	COM	FINASTERIDA 5MG COMPRIMIDO. VALIDADE MINIMA 12 MESES EUROFARMA	0,2200	3.520,00

Pedido 2744/2015	Total	3.520,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	3.520,00

(TRÊS MIL E QUINHENTOS E VINTE REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0****Nº Pedido de Compra 2745/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT**Modalidade** 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 3150/2015 **Empenho:** 5224/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Fornecedor 5234 PRATI, DONADUZZI & CIA LTDA****Nome Fantasia PRATI, DONADUZZI**

Endereço RUA MITSUGORO TANAKA, Nº 145

Bairro CENTRO I N A C ARRUD

Cidade TOLEDO

Estado PR

CEP 14406-091

Nº Telefone (045) 21031-1166

C.P.F / C.N.P.J. Nº 73.856.593/0001-66

Nº Fax (999) 80070-2133

Inscr. Estadual 41806327-06

Inscr. Municipal

e-mail cleuza.ghedin@pratidonaduzzi.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL**Ficha Nº 697****Dest. Recurso 013100000**

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 098/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº 0****Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	50000	COM	CIPROFLOXACINA, CLORIDRATO 500 MG PRATI	0,1300	6.500,00
002	100	FR	HALOPERIDOL 2 MG/ML SOLUÇÃO ORAL - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES - MED. PORTARIA 344/98 LISTA C1 PRATI	2,3000	230,00

Pedido 2745/2015	Total	6.730,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	6.730,00

(SEIS MIL E SETECENTOS E TRINTA REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃOLUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra 2746/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.32.32 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3151/2015 **Empenho:** 5195/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 6238 ANBIOTON IMPORTADORA LTDA

Nome Fantasia ANBIOTON IMPORTADORA LTDA

Endereço RUA DOZE DE MAIO, 547

Bairro VILA GALVÃO

Cidade GUARULHOS

Estado SP

CEP 07056-120

Nº Telefone (011) 2304-1701

C.P.F / C.N.P.J. Nº 11.260.846/0001-87

Nº Fax (011) 4372-9982

Inscr. Estadual 336.905.878.113

Inscr. Municipal

e-mail anbioton@anbioton.com

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 689

Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 089/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	280	FR	AMOXICILINA 250 MG + CLAVUNATO 62,5 MG/5 ML PÓ P/SUSPENSÃO ORAL 75 ML SANDOZ	5,2300	1.464,40

Pedido 2746/2015	Total	1.464,40
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	1.464,40

(UM MIL E QUATROCENTOS E SESENTA E QUATRO REAIS E QUARENTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra 2747/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3152/2015 **Empenho:** 5184/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 2261

ALFALAGOS LTDA

Nome Fantasia ALFALAGOS LTDA

Endereço AV ALBERTO VIEIRA ROMÃO, 1.700 - CAIXA POSTAL 3001 Bairro DISTRITO INDUSTRIAL

Cidade ALFENAS Estado MG

CEP 37130-000

Nº Telefone (035) 3291-5047

C.P.F / C.N.P.J. Nº 05.194.502/0001-14

Nº Fax ()

Inscr. Estadual 016.189241.0050

Inscr. Municipal

e-mail pedidos2@alfalagos.com.br

Local de Entrega

Endereço ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 613

Dest. Recurso 013100000

AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 088/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	100	AMP	CLORETO DE SÓDIO 20% INJETÁVEL AMPOLA. VALIDADE MINIMA 12 MESES ISOFARMA	0,2107	21,07

Pedido 2747/2015	Total	21,07
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	21,07

(VINTE E UM REAIS E SETE CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0****Nº Pedido de Compra 2748/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO**Modalidade** 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 3153/2015 **Empenho:** 5203/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Fornecedor 5104** **COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA****Nome Fantasia** **COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA**

Endereço RUA DA SAUDADE, 45-A

Bairro CAMPO DA MOGIANA

Cidade POÇOS DE CALDAS

Estado MG

CEP 37701-331

Nº Telefone (019) 3522-5804

C.P.F / C.N.P.J. Nº 67.729.178/0004-91

Nº Fax (019) 3522-5800

Inscr. Estadual 062.996.580-0102

Inscr. Municipal

e-mail vendas@rioclarense.com.br, <adriana.perinotto@riocl

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL**Ficha Nº** 613**Dest. Recurso** 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 091/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº** 0**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	6000	AMP	AGUA DESTILADA ESTÉRIL 5ML AMPOLA. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES ISOFARMA	0,1440	864,00

Pedido 2748/2015	Total	864,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	864,00

(OITOCENTOS E SESENTA E QUATRO REAIS)**SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015**

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
 DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra **2749/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3154/2015 Empenho: 5207/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **836 CRISTÁLIA PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA**

Nome Fantasia **LABORATÓRIO CRISTÁLIA**

Endereço RODOVIA ITAPIRA - LINDÓIA, KM 14

Bairro FAZ ESTANCIA CRISTAL

Cidade ITAPIRA

Estado SP

CEP 13974-900

Nº Telefone (019) 3863 9500

C.P.F / C.N.P.J. Nº 44.734.671/0001-51

Nº Fax (019) 3863-9589

Inscr. Estadual 374.007.758.117

Inscr. Municipal

e-mail concorrencia15@crystalia.com.br, <concorrencia7@cri

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 613

Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 092/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	3000	AMP	CETOPROFENO IM 100MG/2ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CRISTÁLIA	1,5300	4.590,00
002	350	AMP	FENITOÍNA 250 MG. AMPOLA COM 5 ML. EMBALAGEM CX. C/ 50 AMPOLAS, VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CRISTÁLIA	1,2400	434,00
003	60	FR	FOSFATO SÓDIO MONOBÁSICO + FOSFATO DE SÓDIO DIBÁSICO EM FRASCO PLÁSTICO C/ 130 ML, COM CÂNULA RETAL PREVIAMENTE LUBRIFICADA. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CRISTÁLIA	4,0000	240,00

Pedido 2749/2015	Total	5.264,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	5.264,00

(CINCO MIL E DUZENTOS E SESENTA E QUATRO REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0****Nº Pedido de Compra 2750/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO**Modalidade** 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 3155/2015 **Empenho:** 5234/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Fornecedor 557 LUMAR COMÉRCIO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA****Nome Fantasia LUMAR DISTRIBUIDORA**

Endereço AV. WILSON BEGO, 745

Bairro DISTRITO INDUSTRIAL

Cidade FRANCA

Estado SP

CEP 14406-091

Nº Telefone (016) 3721-1102

C.P.F / C.N.P.J. Nº 49.228.695/0001-52

Nº Fax (016) 3721-1102

Inscr. Estadual 310.049.440.111

Inscr. Municipal

e-mail pedidos@lumarfranca.com.br,licitacoes3@lumarfranca

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL**Ficha Nº** 601**Dest. Recurso** 023000071

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 097/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº** 0**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	6000	AMP	TRAMADOL 50 MG 1 ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. TEUTO	0,6900	4.140,00

Pedido 2750/2015	Total	4.140,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	4.140,00

(QUATRO MIL E CENTO E QUARENTA REAIS)**SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015**

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
 DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra **2751/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3156/2015 **Empenho:** 5235/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 432 T.R.M COMERCIAL DE MEDICAMENTOS LTDA

Nome Fantasia TRM

Endereço RUA DAVID DE CARVALHO, 344/350

Bairro VILA VALENTIM

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13873-020

Nº Telefone (019) 3633-2602

C.P.F / C.N.P.J. Nº 71.912.315/0001-53

Nº Fax (019) 3623-1076

Inscr. Estadual 639.053.945.110

Inscr. Municipal

e-mail alersontrm@dglnet.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 601

Dest. Recurso 023000071

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 100/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	2700	FR	SORO FISIOLÓGICO 0,9% COM 250 ML . EMBALAGEM INDIVIDUAL COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA. EMBALAGEM FRASCO/BOLSA FLEXÍVEIS DE PVC EM SISTEMA FECHADO. VALIDADE MINIMA 12 MESES EUROFARMA	1,7900	4.833,00
002	8000	UN	SORO FISIOLÓGICO 0,9% COM 500 ML. . EMBALAGEM INDIVIDUAL COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA. EMBALAGEM FRASCO/BOLSA FLEXÍVEIS DE PVC EM SISTEMA FECHADO. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. EUROFARMA	2,0900	16.720,00
003	600	FR	SORO GLICOFISIOLÓGICO COM 250 ML . . EMBALAGEM INDIVIDUAL COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA. EMBALAGEM FRASCO/BOLSA FLEXÍVEIS DE PVC EM SISTEMA FECHADO. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES EUROFARMA	1,9400	1.164,00
004	1400	FR	SORO GLICO-FISIOLÓGICO FRASCO COM 500 ML. EMBALAGEM INDIVIDUAL COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA. EMBALAGEM BOLSA EM SISTEMA FECHADO. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. EUROFARMA	2,3000	3.220,00
005	600	FR	SORO GLICOSADO COM 250 ML . EMBALAGEM INDIVIDUAL COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA. EMBALAGEM FRASCO/BOLSA FLEXÍVEIS DE PVC EM SISTEMA FECHADO. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES	1,7900	1.074,00

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0**

Nº Pedido de Compra 2751/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3156/2015 Empenho: 5235/2015

Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
			EUROFARMA		
006	400	FR	SORO GLICOSADO COM 500 ML. EMBALAGEM INDIVIDUAL COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA. EMBALAGEM FRASCO/BÓLSA FLEXÍVEIS DE PVC EM SISTEMA FECHADO. VALIDADE MINIMA 12 MESES EUROFARMA	2,1400	856,00
007	260	FR	SORO RINGER COM LACTATO DE SÓDIO COM 500 ML EMBALAGEM INDIVIDUAL COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA. EMBALAGEM FRASCO EM SISTEMA FECHADO. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. EUROFARMA	2,0600	535,60

Pedido 2751/2015	Total	28.402,60
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	28.402,60

(VINTE E OITO MIL E QUATROCENTOS E DOIS REAIS E SESENTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

Nº Pedido de Compra **2752/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3157/2015 Empenho: 5236/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **615 AGLON COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA**Nome Fantasia **AGLON COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA**

Endereço AVENIDA VISCONDE DE NOVA GRANADA Nº 1105 Bairro VILA GROSSKLAUSS

Cidade LEME Estado SP

CEP 13617-400

Nº Telefone (019) 3573-7300

C.P.F / C.N.P.J. Nº 65.817.900/0001-71

Nº Fax (019) 3573-7300

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail pedidos@aglon.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 691

Dest. Recurso 053000032

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 087/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	90000	COM	VARFARINA SÓDICA 5MG. VALIDADE MINIMA 12 MESES. FARMOQUIMICA	0,0890	8.010,00

Pedido 2752/2015	Total	8.010,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	8.010,00

(OITO MIL E DEZ REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃOLUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra **2753/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3158/2015 Empenho: 5237/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor **2261 ALFALAGOS LTDA**
 Nome Fantasia **ALFALAGOS LTDA**

Endereço AV ALBERTO VIEIRA ROMÃO, 1.700 - CAIXA POSTAL 3001 Bairro DISTRITO INDUSTRIAL
 Cidade ALFENAS Estado MG
 CEP 37130-000 Nº Telefone (035) 3291-5047
 C.P.F / C.N.P.J. Nº 05.194.502/0001-14 Nº Fax ()
 Inscr. Estadual 016.189241.0050 Inscr. Municipal
 e-mail pedidos2@alfalagos.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL Ficha Nº 691 Dest. Recurso 053000032
 Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 088/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	5000	COM	ALENDRONATO DE SODIO 70 MG COMPRIMIDO; CADA COMPRIMIDO REVESTIDO DE 70 MG CONTEM: ALENDRONATO DE SODIO (EQUIVALENTE A 70 MG DE ACIDO ALENDRONICO) 91,42 MG; DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA IMPRESSOS NA EMBALAGEM DO PRODUTO; LOTE E VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM PRIMARIA E SECUNDARIA DO MEDICAMENTO REGISTRO EM VIGOR NO MINISTERIO DA SAUDE; VALIDADE MINIMA 12 MESES EMS	0,5400	2.700,00
002	200	UN	MICONAZOL 20MG CREME VAGINAL. EMBALAGEM CONTENDO 1 BISNAGA DE 80G +14 APLICADORES PRATI	4,9800	996,00
003	150	FR	NISTATINA 100.000 UI/ML SUSPENSÃO ORAL VIDRO COM 30 ML. COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA, REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE, VALIDADE MINIMA 12 MESES. PRATI	1,5000	225,00
004	1000	UN	NISTATINA CREME VAG 25000 UI/G. VALIDADE MINIMA 12 MESES TEUTO	2,5800	2.580,00

Pedido 2753/2015	Total	6.501,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	6.501,00



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra 2753/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3158/2015 **Empenho:** 5237/2015

Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
----------------	-------------------	----------------	----------------------	-----------------------	--------------------

(SEIS MIL E QUINHENTOS E UM REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0****Nº Pedido de Compra 2754/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT**Modalidade** 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 3159/2015 **Empenho:** 5238/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Fornecedor 5104** **COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA****Nome Fantasia** **COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA**

Endereço RUA DA SAUDADE, 45-A

Bairro CAMPO DA MOGIANA

Cidade POÇOS DE CALDAS

Estado MG

CEP 37701-331

Nº Telefone (019) 3522-5804

C.P.F / C.N.P.J. Nº 67.729.178/0004-91

Nº Fax (019) 3522-5800

Inscr. Estadual 062.996.580-0102

Inscr. Municipal

e-mail vendas@rioclarense.com.br, <adriana.perinotto@riocl

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL**Ficha Nº** 691**Dest. Recurso** 053000032

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 091/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº** 0**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	200000	COM	SINAVASTATINA 20 MG COMPRIMIDO SANDOZ	0,0570	11.400,00

Pedido 2754/2015	Total	11.400,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	11.400,00

(ONZE MIL E QUATROCENTOS REAIS)**SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015**DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃOLUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Nº Pedido de Compra **2755/2015**

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3160/2015 Empenho: 5239/2015 Vínculo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 5073 DUPATRI HOSPITALAR COMÉRCIO, IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO LTDA
Nome Fantasia DUPATRI
 Endereço AVENIDA JOSÉ SEVERINO, 3530 Bairro VEREDA DOS BURITIS
 Cidade CATALÃO Estado GO
 CEP 75709-616 Nº Telefone (064) 3442-8081
 C.P.F / C.N.P.J. Nº 04.027.894/0003-26 Nº Fax (064) 34428036 1
 Inscr. Estadual 10.444.430-4 Inscr. Municipal
 e-mail licitacao3@dupatri.com.br,licitacao2@dupatri.com.b

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº 691 Dest. Recurso 053000032**
 Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122
 Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA
 Validade SESENTA DIAS
 Prazo Entrega CONFORME CONTRATO Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO
 Garantia CONT 093/15
 Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS
 Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio**

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

C.N.P.J. 46.429.379/0001-50

Inscrição Nº 0

Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax: () (-)

Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	600000	COM	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMPRIMIDO REVESTIDO; DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDENCIA IMPRESSOS NA EMBALAGEM DO MEDICAMENTO; LOTE E VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM PRIMARIA E SECUNDARIA DO MEDICAMENTO. REGISTRO EM VIGOR NO MINISTERIO DA SAUDE; VALIDADE MINIMA 12 MESES BRAINFARMA	0,0340	20.400,00
002	6000	COM	METILFENIDATO, CLORIDRATO 10 MG NOVARTIS	0,9400	5.640,00
003	20	FR	OXCARBAZEPINA SUSPENSÃO A 6%. FRASCO COM 100ML. INCLUI 1 SERINGA DOSADORA. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. UNIÃO QUIMICA	22,4200	448,40
004	100000	COM	PROPATILNITRATO 10MG. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. FARMOQUIMICA	0,3170	31.700,00

Pedido 2755/2015	Total	58.188,40
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	58.188,40

(CINQUENTA E OITO MIL E CENTO E OITENTA E OITO REAIS E QUARENTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015



Pedido de Compra 2672/2015 - 0

Nº Pedido de Compra 2755/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT

Modalidade 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3160/2015 **Empenho:** 5239/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
----------------	-------------------	----------------	----------------------	-----------------------	--------------------

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 2672/2015 - 0****Nº Pedido de Compra 2756/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT**Modalidade** 30/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 3161/2015 **Empenho:** 5240/2015 **Vínculo** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Fornecedor 5234 PRATI, DONADUZZI & CIA LTDA****Nome Fantasia PRATI, DONADUZZI**

Endereço RUA MITSUGORO TANAKA, Nº 145

Bairro CENTRO I N A C ARRUD

Cidade TOLEDO

Estado PR

CEP 14406-091

Nº Telefone (045) 21031-1166

C.P.F / C.N.P.J. Nº 73.856.593/0001-66

Nº Fax (999) 80070-2133

Inscr. Estadual 41806327-06

Inscr. Municipal

e-mail cleuza.ghedin@pratidonaduzzi.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL**Ficha Nº** 691**Dest. Recurso** 053000032

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 098/15

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **joseotavio****Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº** 0**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** () (-)**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	30000	COM	SULFATO FERROSO 40MG PRATI	0,0260	780,00

Pedido 2756/2015	Total	780,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	780,00

(SETECENTOS E OITENTA REAIS)**SAO JOAO DA BOA VISTA, 10 de Abril de 2015**DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃOLUIZ CARLOS SARTORI
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO