

**Pedido de Compra 6871/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 6871/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.99 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS  
**Processo Nº:** 6962/2015 **Empenho:** 19970/2015 - 02/12/2015  
**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** (019) 3056-1360  
**Inscr. Estadual** **Inscr. Municipal**  
**e-mail** irmaos\_nogueira@hotmail.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** ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO **Prazo de Pagto** VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL  
**Garantia** .  
**Objeto** MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DO VEÍCULO SPRINTER EHE 1481.  
**Aplicação** DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE- SETOR DE TRANSPORTE  
**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	1	UN	003.005.00075/'LAMPADA H7 -'	30,0000	30,00
<b>Pedido 6871/2015</b>				<b>Total</b>	<b>30,00</b>
				<b>Cancelados (-)</b>	<b>0,00</b>
				<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
				<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
				<b>Valor</b>	<b>30,00</b>

**( TRINTA REAIS )**

SAO JOAO DA BOA VISTA, 02 de Dezembro de 2015

\_\_\_\_\_  
**DOUGLAS DA SILVA VITIELLI**  
**CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO**

\_\_\_\_\_  
**LUIZ CARLOS SARTORI**  
**DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO**



**Pedido de Compra 6871/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 6872/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** 198/2015 - IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS  
**Processo Nº:** 0/2015 **Empenho:** 19938/2015 - 02/12/2015  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
**Cotação Nº:** 226/2015

**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** 787 **Dest. Recurso** 023000069  
**Endereço** AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
**Unidade Orçamentaria** 11502 ATENÇÃO BÁSICA  
**Validade** SESENTA DIAS  
**Prazo Entrega** ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO **Prazo de Pagto** VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL  
**Garantia** .  
**Objeto** MEDICAMENTOS  
**Aplicação** DEPTO DE SAÚDE

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
002	112	COM	022.004.00168/CLOPIDOGREL 75 MG. EMBALAGEM CX COM 28 CP. VALIDADE MINIMA 12 MESES. <b>ARROW</b>	0,3918	43,88
004	600	AMP	022.004.00212/CIMETIDINA 300 MG. AMPOLA COM 2 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. <b>HYPOFARMA</b>	0,6268	376,08
005	1700	AMP	022.004.00228/DICLOFENACO SÓDICO 75 MG/3ML. AMPOLA COM 3 ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. <b>FARMACE</b>	0,3918	666,06

<b>Pedido 6872/2015</b>	<b>Total</b>	<b>1.086,02</b>
	<b>Cancelados (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>1.086,02</b>

( UM MIL E OITENTA E SEIS REAIS E DOIS CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 02 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 6871/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 6873/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** 198/2015 - IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS  
**Processo Nº:** 0/2015      **Empenho:** 19939/2015 - 02/12/2015  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
**Cotação Nº:** 226/2015

**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** 1      Inscr. Municipal 1  
**e-mail** vendas@rioclarense.com.br, <adriana.perinotto@riocl

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL      **Ficha Nº 787**      **Dest. Recurso 02300069**  
**Endereço** AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
**Unidade Orçamentaria** 11502      ATENÇÃO BÁSICA  
**Validade** SESENTA DIAS  
**Prazo Entrega** ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO      **Prazo de Pagto** VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL  
**Garantia** .  
**Objeto** MEDICAMENTOS  
**Aplicação** DEPTO DE SAÚDE

**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	200	AMP	022.004.00114/AMINOFILINA 240 MG 10ML INJETÁVEL. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES <b>FARMACE</b>	0,8096	161,92
003	300	AMP	022.004.00203/COMPLEXO B INJETÁVEL; AMPOLA 2ML. VALIDADE MINIMA 12 MESES. <b>HYPOFARMA</b>	0,7703	231,09
006	350	AMP	022.004.00235/ACETATO DE BETAMETASONA, FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA AMPOLA COM 1 ML. EMBALAGEM HOSPITALAR, VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. <b>UNIAO QUIMICA</b>	5,1870	1.815,45
007	12	FR	022.004.00238/BROMETO DE IPRATRÓPIO SOLUÇÃO INALANTE 0,25 MG/ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. <b>HIPOLABOR</b>	0,6920	8,30
008	900	AMP	022.004.00244/DEXAMETASONA 4MG AMPOLA COM 2,5ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. <b>FARMACE</b>	0,6529	587,61
009	500	FR	022.004.00290/BROMOPRIDA 4 MG/ML SOLUÇÃO ORAL, 20 ML <b>WASSER FARMA</b>	0,7834	391,70

<b>Pedido 6873/2015</b>	<b>Total</b>	<b>3.196,07</b>
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>3.196,07</b>



**Pedido de Compra 6871/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 6873/2015**

**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

**Modalidade:** 198/2015 - IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS

**Processo Nº:** 0/2015      **Empenho:** 19939/2015 - 02/12/2015

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Cotação Nº:** 226/2015

---

<b>Item Nº</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Un.Med.</b>	<b>Especificação</b>	<b>Valor Unitário</b>	<b>Valor Total</b>
----------------	-------------------	----------------	----------------------	-----------------------	--------------------

---

( TRÊS MIL E CENTO E NOVENTA E SEIS REAIS E SETE CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 02 de Dezembro de 2015

---

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

---

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 6871/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 6874/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.36 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS  
**Processo Nº:** 6963/2015 **Empenho:** 19942/2015 - 02/12/2015  
**Vínculo:** ORDINÁRIO

**Fornecedor** 1959 **OXICOPER LTDA**  
**Nome Fantasia** **OXICOPER**  
Endereço AV. JOSÉ REMÍGIO PREZIA, 269 Bairro JD. DOS ESTADOS  
Cidade POÇOS DE CALDAS Estado MG  
CEP 37701-102 Nº Telefone (035) 3722-2203  
C.P.F / C.N.P.J. Nº 25.863.721/0001-56 Nº Fax (035) 3722-2203  
Inscr. Estadual Inscr. Municipal  
e-mail licitacoes@oxicoper.com.br

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº 832 Dest. Recurso 053000007**  
Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
Unidade Orçamentaria 11503 MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE  
Validade SESENTA DIAS  
Prazo Entrega CONFORME CONTRATO Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO  
Garantia CONT 099/14 TA 03/15  
Objeto LOCAÇÃO DE OXIGENIO MEDICINAL  
Aplicação DEPTO DE SAÚDE

Responsável **compras-larissa**

**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	M3	022.001.00563/"OXIGÊNIO MEDICINAL -'	12,4000	3.596,00

<b>Pedido 6874/2015</b>	<b>Total</b>	<b>3.596,00</b>
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>3.596,00</b>

( TRÊS MIL E QUINHENTOS E NOVENTA E SEIS REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 02 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 6871/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 6875/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.39.14 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.  
**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS  
**Processo Nº:** 6964/2015 **Empenho:** 19943/2015 - 02/12/2015  
**Vínculo:** ORDINÁRIO

**Fornecedor** 1959 **OXICOPER LTDA**  
**Nome Fantasia** **OXICOPER**  
Endereço AV. JOSÉ REMÍGIO PREZIA, 269 Bairro JD. DOS ESTADOS  
Cidade POÇOS DE CALDAS Estado MG  
CEP 37701-102 Nº Telefone (035) 3722-2203  
C.P.F / C.N.P.J. Nº 25.863.721/0001-56 Nº Fax (035) 3722-2203  
Inscr. Estadual Inscr. Municipal  
e-mail licitacoes@oxicoper.com.br

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº 643** **Dest. Recurso 053000007**  
Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
Unidade Orçamentaria 11503 MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE  
Validade SESENTA DIAS  
Prazo Entrega CONFORME CONTRATO Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO  
Garantia CONT 099/14 TA 03/15  
Objeto LOCAÇÃO DE OXIGENIO MEDICINAL  
Aplicação DEPTO DE SAÚDE

Responsável **compras-larissa**

**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	017.001.00321/'LOCAÇÃO CILINDROS DE OXIGENIO -'	54,0000	108,00

<b>Pedido 6875/2015</b>	<b>Total</b>	<b>108,00</b>
	<b>Cancelados (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>108,00</b>

( CENTO E OITO REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 02 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 6871/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 6876/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.17 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** 199/2015 - IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS  
**Processo Nº:** 0/2015 **Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
**Cotação Nº:** 223/2015  
**Anulação de Empenho:** 20125/2015

**Fornecedor** 6194 **RC INSUMOS COM. E SERV. P/ REC. DE CARTUCHOS LTDA**  
**Nome Fantasia** RECYCLEWARE  
**Endereço** RUA CLODOMIRO FRANCO DE ANDRADE JÚNIOR, Nº. 423 Bairro JD. LEONOR  
**Cidade** CAMPINAS **Estado** SP  
**CEP** 13041-081 **Nº Telefone** (999) 19 3744550  
**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 12.214.754/0001-23 **Nº Fax** ( )  
**Inscr. Estadual** **Inscr. Municipal**  
**e-mail** licitacao@recycleware.com.br

**Local de Entrega** SETOR DE COMPRAS E LICITAÇÕES **Ficha Nº** 679 **Dest. Recurso** 05300033  
**Endereço** AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
**Unidade Orçamentária** 11504 **VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
**Validade** SESENTA DIAS  
**Prazo Entrega** ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO **Prazo de Pagto** VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL  
**Garantia** .  
**Objeto** TONER PARA IMPRESSORA LASER JET PRO MFP M277 DW  
**Aplicação** DEPTO DE SAÚDE

**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	7	UN	015.001.00279/CARTUCHO DE TONER, COMPATÍVEL, REFERÊNCIA: MODELO HP 201A (CF400A), PRETO, CAPACIDADE DE IMPRESSÃO DE 1.500 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 COLOR LASERJET PRO M252 HP COLOR LASERJET PRO MFP M277 (SENDO ACEITO CARTUCHO NOVO, SIMILAR E 100% COMPATÍVEL COM OS MODELOS DAS IMPRESSORAS, NÃO SENDO ACEITO CARTUCHO REMANUFATURADO, RECARREGADO OU RECONDICIONADO). <b>RETECH</b>	144,0000	1.008,00
002	5	UN	015.001.00280/CARTUCHO DE TONER, COMPATÍVEL, REFERÊNCIA: MODELO HP 201A (CF401A), CIANO, CAPACIDADE DE IMPRESSÃO DE 700 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 COLOR LASERJET PRO M252 HP COLOR LASERJET PRO MFP M277 (SENDO ACEITO CARTUCHO NOVO, SIMILAR E 100% COMPATÍVEL COM OS MODELOS DAS IMPRESSORAS, NÃO SENDO ACEITO CARTUCHO REMANUFATURADO, RECARREGADO OU RECONDICIONADO). <b>RETECH</b>	144,0000	720,00



Pedido de Compra 6871/2015 - 0

Nº Pedido de Compra: 6876/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.30.17 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade: 199/2015 - IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS

Processo Nº: 0/2015

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Cotação Nº: 223/2015

Anulação de Empenho: 20125/2015

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
003	5	UN	015.001.00281/CARTUCHO DE TONER, COMPATÍVEL, REFERÊNCIA: MODELO HP 201A (CF402A), AMARELO, CAPACIDADE DE IMPRESSÃO DE 700 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 COLOR LASERJET PRO M252 HP COLOR LASERJET PRO MFP M277 (SENDO ACEITO CARTUCHO NOVO, SIMILAR E 100% COMPATÍVEL COM OS MODELOS DAS IMPRESSORAS, NÃO SENDO ACEITO CARTUCHO REMANUFATURADO, RECARREGADO OU RECONDICIONADO). <b>RETECH</b>	144,0000	720,00
004	5	UN	015.001.00282/CARTUCHO DE TONER, COMPATÍVEL, REFERÊNCIA: MODELO HP 201A (CF403A), MAGENTA, CAPACIDADE DE IMPRESSÃO DE 700 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 COLOR LASERJET PRO M252 HP COLOR LASERJET PRO MFP M277 (SENDO ACEITO CARTUCHO NOVO, SIMILAR E 100% COMPATÍVEL COM OS MODELOS DAS IMPRESSORAS, NÃO SENDO ACEITO CARTUCHO REMANUFATURADO, RECARREGADO OU RECONDICIONADO). <b>RETECH</b>	144,0000	720,00

Pedido 6876/2015	Total	3.168,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	3.168,00

( TRÊS MIL E CENTO E SESSENTA E OITO REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 02 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 6871/2015 - 0

Nº Pedido de Compra: 6877/2015  
Categoria Econômica: 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.  
Modalidade: IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS  
Processo Nº: 6970/2015 Empenho: 19946/2015 - 02/12/2015  
Vínculo: ORDINÁRIO

Fornecedor 6175 MAGNOLIA TURISMO LTDA - ME  
Nome Fantasia MAGNOLIA TURISMO LTDA - ME  
Endereço AV DONA GERTRUDES, Nº 382 Bairro CENTRO  
Cidade SÃO JOÃO DA BOA VIST Estado SP  
CEP 13.870-11 Nº Telefone 19 3623-2938  
C.P.F / C.N.P.J. Nº 39.034.152/0001-40 Nº Fax  
Inscr. Estadual Inscr. Municipal

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL Ficha Nº 14 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 DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL  
Garantia .  
Objeto Pagamento de alteração de passagem aérea  
Aplicação Gabinete

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	017.001.00213/'DESPESAS COM PASSAGENS AÉREAS - Pagamento referente a alteração de passagem aérea devido a necessidade de remarcação de cada voo, para a viagem de Brasília do Prefeito Municipal para tratar de assuntos de interesse do município.'	3.050,0000	3.050,00

Pedido 6877/2015	Total	3.050,00
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	3.050,00

( TRÊS MIL E CINQUENTA REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 02 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO