



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 7018/2015**

**Categoria Econômica:** 3.3.90.39.19 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.

**Modalidade:** 56/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 7107/2015 **Empenho:** 20577/2015 - 16/12/2015

**Vínculo:** ORDINÁRIO

**Ata de Registro de Preço Nº:** 20/2015

**Fornecedor 6625 SILVIO CESAR BIAZOTO - ME**

**Nome Fantasia BORRACHARIA SILVINHO TAPIQUINHO**

**Endereço** R HENRIQUE C. DE VASCONCELOS, Nº 2420

**Bairro** JARDIM SAO NICOLAU

**Cidade** SÃO JOÃO DA BOA VISTA

**Estado** SP

**CEP** 13870-000

**Nº Telefone** (019) 3633-5504

**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 09.330.719/0001-65

**Nº Fax** (019) 99737-6991

**Inscr. Estadual**

**Inscr. Municipal**

**e-mail** borrachariasilvinho@hotmail.com

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL

**Ficha Nº 217 Dest. Recurso**

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

**Unidade Orçamentaria** 10902 SERVIÇO DE COLETA DE LIXO E VARRIÇÃO

**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Prazo Entrega** ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

**Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Objeto** Conserto de pneus

**Aplicação** DEPARTAMENTO DE MEIO AMBIENTE, AGRICULTURA E ABASTECIMENTO

**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
034	1	UN	017.001.01079/CONCERTO DE PNEU 1000/20  Obs: BNZ-7111	25,3800	25,38
<b>Pedido 7018/2015 Total</b>					<b>25,38</b>
Cancelados (-)					0,00
Descontos (-)					0,00
Impostos (+)					0,00
<b>Valor</b>					<b>25,38</b>

**( VINTE E CINCO REAIS E TRINTA E OITO CENTAVOS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015**

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

**LUIZ CARLOS SARTORI**  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 7018/2015 - 0****Nº Pedido de Compra: 7019/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.39.19 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade:** 56/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 7107/2015 **Empenho:** 20578/2015 - 16/12/2015**Vínculo:** ORDINÁRIO**Ata de Registro de Preço Nº:** 20/2015**Fornecedor** **6625****SILVIO CESAR BIAZOTO - ME****Nome Fantasia****BORRACHARIA SILVINHO TAPIQUINHO**

Endereço R HENRIQUE C. DE VASCONCELOS, Nº 2420

Bairro JARDIM SAO NICOLAU

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13870-000

Nº Telefone (019) 3633-5504

C.P.F / C.N.P.J. Nº 09.330.719/0001-65

Nº Fax (019) 99737-6991

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail borrachariasilvinho@hotmail.com

**Local de Entrega**

ALMOXARIFADO CENTRAL

**Ficha Nº 217****Dest. Recurso**

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

Unidade Orçamentaria 10902

SERVIÇO DE COLETA DE LIXO E VARRIÇÃO

Validade CONFORME ATA DE REGISTRO

Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto CONFORME ATA DE REGISTRO

Garantia CONFORME ATA DE REGISTRO

Objeto Conserto de pneus

Aplicação DEPARTAMENTO DE MEIO AMBIENTE, AGRICULTURA E ABASTECIMENTO

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
024	1	UN	017.001.00455/CONCERTO DE PNEU 17.5/25	49,8200	49,82
030	16	KM	017.001.00481/PRESTAÇÃO DE SOCORRO PARA PROBLEMAS EM PNEUS	2,0700	33,12
Obs: MAQ-0106					

<b>Pedido 7019/2015</b>	<b>Total</b>	<b>82,94</b>
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>82,94</b>

**( OITENTA E DOIS REAIS E NOVENTA E QUATRO CENTAVOS )****SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015**\_\_\_\_\_  
DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO\_\_\_\_\_  
LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 7020/2015**

**Categoria Econômica:** 3.3.90.39.19 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.

**Modalidade:** 56/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 7107/2015 **Empenho:** 20579/2015 - 16/12/2015

**Vínculo:** ORDINÁRIO

**Ata de Registro de Preço Nº:** 20/2015

**Fornecedor 6625 SILVIO CESAR BIAZOTO - ME**

**Nome Fantasia BORRACHARIA SILVINHO TAPIQUINHO**

**Endereço** R HENRIQUE C. DE VASCONCELOS, Nº 2420

**Bairro** JARDIM SAO NICOLAU

**Cidade** SÃO JOÃO DA BOA VISTA

**Estado** SP

**CEP** 13870-000

**Nº Telefone** (019) 3633-5504

**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 09.330.719/0001-65

**Nº Fax** (019) 99737-6991

**Inscr. Estadual**

**Inscr. Municipal**

**e-mail** borrachariasilvinho@hotmail.com

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL

**Ficha Nº 217 Dest. Recurso**

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

**Unidade Orçamentaria** 10902 SERVIÇO DE COLETA DE LIXO E VARRIÇÃO

**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Prazo Entrega** ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

**Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Objeto** Conserto de pneus

**Aplicação** DEPARTAMENTO DE MEIO AMBIENTE, AGRICULTURA E ABASTECIMENTO

**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
024	6	UN	017.001.00455/CONCERTO DE PNEU 17.5/25	49,8200	298,92
			Obs: MAQ-0002		
030	245	KM	017.001.00481/PRESTAÇÃO DE SOCORRO PARA PROBLEMAS EM PNEUS	2,0700	507,15

<b>Pedido 7020/2015</b>	<b>Total</b>	<b>806,07</b>
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>806,07</b>

**( OITOCENTOS E SEIS REAIS E SETE CENTAVOS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015**

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

**LUIZ CARLOS SARTORI**  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 7018/2015 - 0****Nº Pedido de Compra: 7021/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.39.19 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade:** 56/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 7107/2015 **Empenho:** 20580/2015 - 16/12/2015**Vínculo:** ORDINÁRIO**Ata de Registro de Preço Nº:** 20/2015**Fornecedor 6625 SILVIO CESAR BIAZOTO - ME****Nome Fantasia** BORRACHARIA SILVINHO TAPIQUINHO

Endereço R HENRIQUE C. DE VASCONCELOS, Nº 2420

Bairro JARDIM SAO NICOLAU

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13870-000

Nº Telefone (019) 3633-5504

C.P.F / C.N.P.J. Nº 09.330.719/0001-65

Nº Fax (019) 99737-6991

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail borrachariasilvinho@hotmail.com

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL**Ficha Nº 217 Dest. Recurso**

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

Unidade Orçamentaria 10902 SERVIÇO DE COLETA DE LIXO E VARRIÇÃO

Validade CONFORME ATA DE REGISTRO

Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto CONFORME ATA DE REGISTRO

Garantia CONFORME ATA DE REGISTRO

Objeto Conserto de pneus

Aplicação DEPARTAMENTO DE MEIO AMBIENTE, AGRICULTURA E ABASTECIMENTO

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
028	1	UN	017.001.00459/CONCERTO DE PNEU 900/20	20,6800	20,68

Obs: CPV-6305

<b>Pedido 7021/2015</b>	<b>Total</b>	<b>20,68</b>
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>20,68</b>

**( VINTE REAIS E SESENTA E OITO CENTAVOS )****SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015**\_\_\_\_\_  
DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO\_\_\_\_\_  
LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 7018/2015 - 0****Nº Pedido de Compra: 7022/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.39.19 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade:** 56/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 7107/2015 **Empenho:** 20581/2015 - 16/12/2015**Vínculo:** ORDINÁRIO**Ata de Registro de Preço Nº:** 20/2015**Fornecedor** 6625**SILVIO CESAR BIAZOTO - ME****Nome Fantasia****BORRACHARIA SILVINHO TAPIQUINHO**

Endereço R HENRIQUE C. DE VASCONCELOS, Nº 2420

Bairro JARDIM SAO NICOLAU

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13870-000

Nº Telefone (019) 3633-5504

C.P.F / C.N.P.J. Nº 09.330.719/0001-65

Nº Fax (019) 99737-6991

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail borrachariasilvinho@hotmail.com

**Local de Entrega**

ALMOXARIFADO CENTRAL

**Ficha Nº 217****Dest. Recurso**

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

Unidade Orçamentaria 10902

SERVIÇO DE COLETA DE LIXO E VARRIÇÃO

Validade CONFORME ATA DE REGISTRO

Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto CONFORME ATA DE REGISTRO

Garantia CONFORME ATA DE REGISTRO

Objeto Conserto de pneus

Aplicação DEPARTAMENTO DE MEIO AMBIENTE, AGRICULTURA E ABASTECIMENTO

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
028	1	UN	017.001.00459/CONCERTO DE PNEU 900/20	20,6800	20,68
030	49	KM	017.001.00481/PRESTAÇÃO DE SOCORRO PARA PROBLEMAS EM PNEUS	2,0700	101,43

Obs: CPV-6330

<b>Pedido 7022/2015</b>	<b>Total</b>	<b>122,11</b>
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>122,11</b>

**( CENTO E VINTE E DOIS REAIS E ONZE CENTAVOS )****SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015**\_\_\_\_\_  
DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO\_\_\_\_\_  
LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 7023/2015**

**Categoria Econômica:** 3.3.90.39.19 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.

**Modalidade:** 56/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 7107/2015 **Empenho:** 20582/2015 - 16/12/2015

**Vínculo:** ORDINÁRIO

**Ata de Registro de Preço Nº:** 20/2015

**Fornecedor 6625 SILVIO CESAR BIAZOTO - ME**

**Nome Fantasia BORRACHARIA SILVINHO TAPIQUINHO**

**Endereço** R HENRIQUE C. DE VASCONCELOS, Nº 2420

**Bairro** JARDIM SAO NICOLAU

**Cidade** SÃO JOÃO DA BOA VISTA

**Estado** SP

**CEP** 13870-000

**Nº Telefone** (019) 3633-5504

**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 09.330.719/0001-65

**Nº Fax** (019) 99737-6991

**Inscr. Estadual**

**Inscr. Municipal**

**e-mail** borrachariasilvinho@hotmail.com

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL

**Ficha Nº 217 Dest. Recurso**

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

**Unidade Orçamentaria** 10902 SERVIÇO DE COLETA DE LIXO E VARRIÇÃO

**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Prazo Entrega** ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

**Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Objeto** Conserto de pneus

**Aplicação** DEPARTAMENTO DE MEIO AMBIENTE, AGRICULTURA E ABASTECIMENTO

**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
033	1	UN	017.001.00985/CONCERTO DE PNEU 12,5 X 80 X 18	32,9000	32,90

Obs: MAQ-0106

<b>Pedido 7023/2015</b>	<b>Total</b>	<b>32,90</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>32,90</b>

**( TRINTA E DOIS REAIS E NOVENTA CENTAVOS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015**

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

**LUIZ CARLOS SARTORI**  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 7018/2015 - 0****Nº Pedido de Compra: 7024/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.39.19 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 7108/2015 **Empenho:** 20504/2015 - 15/12/2015**Vínculo:** ORDINÁRIO**Fornecedor 5742 AUTOVEC SERVICOS E COMERCIO DE PECAS AUTOMOTIVAS****Nome Fantasia CENTRO AUTOMOTIVO BONFANTE**

Endereço RUA PEREIRA MACHADO, Nº 33

Bairro CENTRO

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VIST

Estado SP

CEP 13870-000

Nº Telefone (999) 3631 3914

C.P.F / C.N.P.J. Nº 14.184.846/0001-33

Nº Fax (999) 8251 3267

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail contato@mecanicabonfante.com.br

**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 Conserto do veículo GOL BPY 7491 do Cartório Eleitoral

Aplicação Gabinete - Cartório Eleitoral

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	017.001.00167/'SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE VEÍCULO -'	130,0000	130,00

<b>Pedido 7024/2015</b>	<b>Total</b>	<b>130,00</b>
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>130,00</b>

( CENTO E TRINTA REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

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



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 7025/2015**

**Categoria Econômica:** 3.3.90.39.19 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.

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

**Processo Nº:** 7109/2015 **Empenho:** 20505/2015 - 15/12/2015

**Vínculo:** ORDINÁRIO

**Fornecedor** 5802 **CENTRO AUTOMOTIVO MP LTDA - ME**

**Nome Fantasia** **CENTRO AUTOMOTIVO MP LTDA - ME**

**Endereço** R ENGENHEIRO AMADO DOS SANTOS, Nº 486

**Bairro** JARDIM RECANTO DAS A

**Cidade** SÃO JOÃO DA BOA VIST

**Estado** SP

**CEP** 13.871-02

**Nº Telefone** 3631-0338

**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 14.119.271/0001-75

**Nº Fax**

**Inscr. Estadual**

**Inscr. Municipal**

**e-mail** mecanica-mp@hotmail.com

**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** Manutenção do veículo Santana CMW 3789 do Gabinete do Prefeito, com reposição de peças.

**Aplicação** Gabinete

**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	017.001.00167/'SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE VEÍCULO -'	150,0000	150,00

<b>Pedido 7025/2015</b>	<b>Total</b>	<b>150,00</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>150,00</b>

**( CENTO E CINQUENTA REAIS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015**

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

**LUIZ CARLOS SARTORI**  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0****Nº Pedido de Compra: 7026/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.39.16 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 7110/2015 **Empenho:** 20503/2015 - 15/12/2015**Vínculo:** ORDINÁRIO**Fornecedor 10116 ACM JUNIOR COMERCIO DE PRODUTOS ELETRONICOS LTDA - ME****Nome Fantasia MASTER SEGURANCA E TELECOMUNICACOES**

Endereço R GENERAL OSORIO, 410

Bairro SÃO LÁZARO

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13870-431

Nº Telefone (019) 3623-5390

C.P.F / C.N.P.J. Nº 11.706.807/0001-60

Nº Fax ( )

Inscr. Estadual 639.267.458.117

Inscr. Municipal

e-mail jairboaventura@hotmail.com mastersegtelem@hotmail.com

**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 Conserto do Portão eletrônico do Gabinete

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	1	SERV	017.001.01142/'MANUTENÇÃO EM PORTÃO ELETRÔNICO -'	270,0000	270,00

Pedido 7026/2015	<b>Total</b>	<b>270,00</b>
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>270,00</b>

( DUZENTOS E SETENTA REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

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

**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7027/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.99 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS  
**Processo Nº:** 7111/2015 **Empenho:** 20555/2015 - 16/12/2015  
**Vínculo:** EDUCAÇÃO

**Fornecedor** 2110 **C & C DISTRIB. DE COPIADORAS E SUPRIMENTOS LTDA EPP**  
**Nome Fantasia** **COPY & COMPANY**  
**Endereço** PÇA. EMEDI MAXIMINO VIZOTTO Nº 80 **Bairro** JD. NOVA LEME  
**Cidade** LEME **Estado** SP  
**CEP** 13610-970 **Nº Telefone** (019) 3572-2400  
**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 05.160.543/0001-90 **Nº Fax** (999) 800015-116  
**Inscr. Estadual** **Inscr. Municipal**  
**e-mail** copycompany@copycompany.com.br

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº** 798 **Dest. Recurso** 052200013  
**Endereço** AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
**Unidade Orçamentaria** 11402 **SETOR DE ENSINO FUNDAMENTAL**  
**Validade** SESENTA DIAS  
**Prazo Entrega** ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO **Prazo de Pagto** VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL  
**Garantia** .  
**Objeto** AQUISIÇÃO DE PEÇAS P/ MANUTENÇÃO DE COPIADORA  
**Aplicação** DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO - EMEB PROFª SANDRA MATIELO  
**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	023.001.00227/'KIT CILINDRO/REVELADOR/LÂMINA DE LIMPEZA + CONJUNTO DE ENGENAGENS PARA COPIADORA RICOH AF 1113 - E COMPARTIMENTO DE TONER'	1.310,0000	1.310,00

<b>Pedido 7027/2015</b>	<b>Total</b>	<b>1.310,00</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>1.310,00</b>

( UM MIL E TREZENTOS E DEZ REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
 DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 7028/2015**

**Categoria Econômica:** 3.3.90.39.53 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.

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

**Processo Nº:** 7112/2015 **Empenho:** 20506/2015 - 15/12/2015

**Vínculo:** FUNDO MUNIC. DE ASSIST SOCIAL

**Fornecedor 631 EMPRESA FUNERÁRIA SÃO JOÃO LTDA**

**Nome Fantasia** FLORICULTURA DO COBRINHA

**Endereço** RUA CORONEL ERNESTO DE OLIVEIRA Nº 468

**Cidade** SÃO JOÃO DA BOA VIST

**CEP** 13870-820

**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 46.720.470/0001-20

**Inscr. Estadual**

**e-mail** falecom@funerariacobrinha.com.br

**Bairro** VILA CONRADOF

**Estado** SP

**Nº Telefone** (019) 633-1530

**Nº Fax** (019) 633-1530

**Inscr. Municipal**

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL

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

**Unidade Orçamentaria** 11101 FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

**Validade** SESENTA DIAS

**Prazo Entrega** ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

**Prazo de Pagto** VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL

**Garantia** .

**Objeto** FUNERAL DE PESSOA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

**Aplicação** DEPARTAMENTO DE ASSISTENCIA SOCIAL

**Ficha Nº 328 Dest. Recurso 015100000**

**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	SERV	017.001.00603/'SERVIÇO DE FUNERAL DE PESSOA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL -'	1.100,0000	1.100,00

<b>Pedido 7028/2015</b>	<b>Total</b>	<b>1.100,00</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>1.100,00</b>

**( UM MIL CEM REAIS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015**

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

**LUIZ CARLOS SARTORI**  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7029/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.24 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS  
**Processo Nº:** 7113/2015 **Empenho:** 20573/2015 - 16/12/2015  
**Vínculo:** ORDINÁRIO

**Fornecedor** 1232 **BOA VISTA MATERIAIS HIDRAULICOS LTDA**  
**Nome Fantasia** **BOA VISTA MATERIAIS HIDRAULICOS**  
Endereço RUA CEL. JOSÉ PROCÓPIO, 477 Bairro VL. CONRADO  
Cidade SÃO JOÃO DA BOA VIST Estado SP  
CEP 13870-730 Nº Telefone 3631 - 5999  
C.P.F / C.N.P.J. Nº 01.407.847/0001-58 Nº Fax 3631-5999  
Inscr. Estadual Inscr. Municipal  
e-mail boavistamat.hidraulicos@hotmail.com

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº 186** **Dest. Recurso 011100000**  
Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
Unidade Orçamentaria 10805 CORPO DE BOMBEIROS  
Validade SESENTA DIAS  
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL  
Garantia .  
Objeto AQUISIÇÃO DE MATERIAIS P/ ENCANAMENTO CONDUTOR DO TELHADO DO QUARTEL DO BOMBEIRO  
Aplicação Corpo de Bombeiros

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	6	BAR	004.004.00047/'TUBO ESGOTO 100 MM - 6 METROS -'	31,9600	191,76
002	3	UN	004.004.00281/'JOELHO, PVC, ESGOTO, 100 (4") -'	7,4000	22,20
003	1	UN	004.004.00250/'ADESIVO PVC FRASCO 175 GR INCOLOR -'	11,6000	11,60
004	1	UN	004.004.00164/'TE ESGOTO 100 X 100 MM -'	13,7500	13,75

<b>Pedido 7029/2015</b>	<b>Total</b>	<b>239,31</b>
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>239,31</b>

**( DUZENTOS E TRINTA E NOVE REAIS E TRINTA E UM CENTAVO )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015**

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

**LUIZ CARLOS SARTORI**  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 7018/2015 - 0****Nº Pedido de Compra:** 7030/2015**Categoria Econômica:** 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 7114/2015 **Vínculo:** ORDINÁRIO**Anulação de Empenho:** 22301/2015**Fornecedor** 1145 **ELCANPER EQUIPAMENTOS AGROPECUÁRIOS LTDA****Nome Fantasia** ELCANPER

Endereço AV. BRASÍLIA, 994

Bairro PERPÉTUO SOCORRO

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13870-590

Nº Telefone 3623-3688

C.P.F / C.N.P.J. Nº 59.765.255/0001-98

Nº Fax

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail elcanper@elcanper.com.br

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL**Ficha Nº 188** **Dest. Recurso 011100000**

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

Unidade Orçamentaria 10805 CORPO DE BOMBEIROS

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto MANUTENÇÃO NA MOTO SERRA MODE TS 350

Aplicação CORPO DE BOMBEIROS

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	SERV	017.006.00004/'MANUTENÇÃO DE MOTOBOMBA -'	60,0000	60,00

<b>Pedido 7030/2015</b>	<b>Total</b>	<b>60,00</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>60,00</b>

**( SESENTA REAIS )****SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015**\_\_\_\_\_  
DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO\_\_\_\_\_  
LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7031/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.39.63 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.  
**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS  
**Processo Nº:** 7115/2015 **Empenho:** 20450/2015 - 14/12/2015  
**Vínculo:** ORDINÁRIO

**Fornecedor** 1132 **OLIVEIRA & OLIVEIRA ARTES GRÁFICAS LTDA**  
**Nome Fantasia** **GRAFICA SANJOANENSE**  
**Endereço** PRAÇA DA CATEDRAL, 122 **Bairro** CENTRO  
**Cidade** SÃO JOÃO DA BOA VIST **Estado** SP  
**CEP** 13870-000 **Nº Telefone** (999) 3623-1708  
**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 48.620.504/0001-30 **Nº Fax** ( )  
**Inscr. Estadual** **Inscr. Municipal**  
**e-mail** julio@sanjoanense.com.br>

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº** 404 **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** VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL  
**Garantia** .  
**Objeto** IMPRESSOS  
**Aplicação** Departamento de Cultura e Turismo

**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	1000	UN	017.008.00010/*CONFECÇÃO DE FOLDERS A4 - CORES - PAPEL COUCHE 90 GR; FORMATO A4; ABERTO COM DUAS DOBRAS; 4 X 4 CORES -'	0,8500	850,00

<b>Pedido 7031/2015</b>	<b>Total</b>	<b>850,00</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>850,00</b>

**( OITOCENTOS E CINQUENTA REAIS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015**

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

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



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7032/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.  
**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS  
**Processo Nº:** 7116/2015 **Empenho:** 20571/2015 - 16/12/2015  
**Vínculo:** ORDINÁRIO

**Fornecedor** 4578 **RECARG INK & TONNER LTDA - ME**  
**Nome Fantasia** RECARG  
**Endereço** R PROFESSOR HUGO SARMENTO, Nº 193 **Bairro** CENTRO  
**Cidade** SÃO JOÃO DA BOA VIST **Estado** SP  
**CEP** 13.870-03 **Nº Telefone** 3631-0038  
**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 10.559.062/0001-91 **Nº Fax**  
**Inscr. Estadual** **Inscr. Municipal**  
**e-mail** ferraznathalia@gmail.com

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº 188** **Dest. Recurso** 011100000  
**Endereço** AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
**Unidade Orçamentaria** 10805 **CORPO DE BOMBEIROS**  
**Validade** SESENTA DIAS  
**Prazo Entrega** ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO **Prazo de Pagto** VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL  
**Garantia** .  
**Objeto** RECARGA DE TONER P/ USO NA AREA ADMINISTRATIVA  
**Aplicação** CORPO DE BOMBEIROS

**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	8	SERV	017.011.00004/*RECARGA DE TONER -'	52,0000	416,00

<b>Pedido 7032/2015</b>	<b>Total</b>	<b>416,00</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>416,00</b>

( QUATROCENTOS E DEZESSEIS REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
 DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7033/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.99 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS  
**Processo Nº:** 7117/2015 **Empenho:** 20558/2015 - 16/12/2015  
**Vínculo:** FUNDO MUNIC. DE ASSIST SOCIAL

**Fornecedor** 1613 **LUIS FERNANDO DE MELO PEÇAS - ME**  
**Nome Fantasia** **AUTO PEÇAS ALADIM**  
Endereço AV. JOÃO OSÓRIO, 581 Bairro VILA CONRADO  
Cidade SÃO JOÃO DA BOA VIST Estado SP  
CEP 13871-002 Nº Telefone (999) 3633-1712  
C.P.F / C.N.P.J. Nº 04.421.176/0001-78 Nº Fax ( )  
Inscr. Estadual Inscr. Municipal  
e-mail adm@aladimautopecas.com.br

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº 320 Dest. Recurso 055000007**  
Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
Unidade Orçamentaria 11101 FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL  
Validade SESENTA DIAS  
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL  
Garantia .  
Objeto MANUTENÇÃO VEÍCULO DOBLO PLACA EHE 1479  
Aplicação DEPARTAMENTO DE ASSISTENCIA SOCIAL

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	3	UN	003.004.00139/'OLEO SAE 5W30 -'	29,7600	89,28
002	1	PC	003.004.00083/'FILTRO DE AR -'	61,7000	61,70
003	1	PC	003.004.00077/'FILTRO DE OLEO -'	18,0800	18,08
004	1	PC	003.004.00084/'FILTRO DE COMBUSTIVEL -'	14,8000	14,80
005	4	UN	003.004.00147/'VELA DE IGNIÇÃO -'	15,9900	63,96

<b>Pedido 7033/2015</b>	<b>Total</b>	<b>247,82</b>
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>247,82</b>

( DUZENTOS E QUARENTA E SETE REAIS E OITENTA E DOIS CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO





**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7034/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.99 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS  
**Processo Nº:** 7118/2015 **Empenho:** 20502/2015 - 15/12/2015  
**Vínculo:** ORDINÁRIO

**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 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 DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL  
Garantia .  
Objeto Troca de peças para conserto do veículo Pálio BNZ 7102  
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	1	UN	003.004.00125/'PALHETA DO LIMPADOR TRASEIRO -'	65,0000	65,00
002	1	UN	003.004.00164/'CHAVE DO LIMPADOR TRASEIRO COM TRIPE -'	395,0000	395,00

<b>Pedido 7034/2015</b>	<b>Total</b>	<b>460,00</b>
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>460,00</b>

( QUATROCENTOS E SESENTA REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 7035/2015**

**Categoria Econômica:** 3.3.90.39.95 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.

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

**Processo Nº:** 7119/2015 **Empenho:** 20559/2015 - 16/12/2015

**Vínculo:** FUNDO MUNIC. DE ASSIST SOCIAL

**Fornecedor 5810 SERVICOM MASTER SERVICE LTDA**

**Nome Fantasia SERVICOM MASTER SERVICE LTDA**

Endereço AV MEIRA JUNIOR, Nº 1269

Bairro JD MOSTEIRO

Cidade RIBEIRÃO PRETO

Estado SP

CEP 14.085-23

Nº Telefone (16) 3211 4232

C.P.F / C.N.P.J. Nº 02.015.572/0001-70

Nº Fax

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail lucas@servicom.com.br

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL

**Ficha Nº 330 Dest. Recurso 055000007**

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

Unidade Orçamentaria 11101 FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto DEPARTAMENTO DE ASSISTENCIA SOCIAL

Aplicação DEPARTAMENTO DE ASSISTENCIA SOCIAL

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	017.001.00161/SERVIÇO DE MANUTENÇÃO EM EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA - CONserto DO BLOCO DE LENTES, PROJETO SONY'	430,0000	430,00

<b>Pedido 7035/2015</b>	<b>Total</b>	<b>430,00</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>430,00</b>

**( QUATROCENTOS E TRINTA REAIS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015**

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7036/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 103/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 7121/2015 **Empenho:** 20448/2015 - 14/12/2015  
**Vínculo:** FUNDO MUNIC. DE ASSIST SOCIAL **Ata de Registro de Preço Nº:** 59/2015

**Fornecedor** 459 **COMERCIAL JOÃO AFONSO LTDA**  
**Nome Fantasia** **COMERCIAL JOÃO AFONSO LTDA**  
**Endereço** RUA 07 Nº 159 **Bairro** CENTRO  
**Cidade** CORUMBATAÍ **Estado** SP  
**CEP** 13540-000 **Nº Telefone** (019) 3577-9700  
**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 53.437.315/0001-67 **Nº Fax** (019) 3577-9709  
**Inscr. Estadual** 275.001.195.110 **Inscr. Municipal**  
**e-mail** licitacao@joaoafonso.com.br

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº** 829 **Dest. Recurso**  
**Endereço** AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
**Unidade Orçamentaria** 11101 **FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**  
**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Prazo Entrega** ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Objeto** Registro de Preços para aquisição gêneros alimentícios  
**Aplicação** DEPARTAMENTO DE ASSISTENCIA SOCIAL - HABITAÇÃO

**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 / INSTUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	15	UN	006.002.00159/CESTA BÁSICA (GRANDE) COM OS SEGUINTE ITENS: 10 KG DE ARROZ AGULHINHA TIPO 1 (PCT 5 KG); 02 KG DE FEIJÃO DE 1ª QUALIDADE (PCT 1 KG); 04 KG DE AÇÚCAR CRISTAL (PCT 2 KG); 01 KG DE PÓ DE CAFÉ (PCT ½ KG); 01 KG DE FUBÁ (PCT ½ KG); 01 KG DE FARINHA DE TRIGO ESPECIAL (PCT 1 KG); 01 KG DE FARINHA DE MILHO DE 1ª QUALIDADE (PCT 500 G); ½ KG DE MACARRÃO ESPAGUETE (COM OVOS) (PCT ½ KG); ½ KG DE MACARRÃO CORTADO PARA SOPA (COM OVOS) (PCT ½ KG); 01 KG DE SAL REFINADO IODADO (PCT 1 KG); 03 ÓLEOS DE SOJA (900 ML); 04 LATAS DE SARDINHA EM ÓLEO COMESTÍVEL (PESO MÍNIMO 130G); 01 PACOTE DE BOLACHA MAIZENA (PCT 400 G); 02 UNIDADES DE LEITE EM PÓ INTEGRAL E INSTANTÂNEO (LATA OU PCT 400 G); 01 EXTRATO TOMATE (LATA 350 G); 02 UNIDADES DE SABÃO EM BARRA DE 200 GRAMAS; 04 UNIDADES PAPEL HIGIÊNICO BRANCO FOLHA DUPLA PICOTADA (30 M); 01 CREME DENTAL DE 90 G; 02 SABONETES EM BARRA DE 90 G; TODOS OS ITENS DEVEM TER VALIDADE MÍNIMA DE 06 MESES. O MATERIAL DE LIMPEZA DEVE SER EMBALADO SEPARADAMENTE.	78,5000	1.177,50

<b>Pedido 7036/2015</b>	<b>Total</b>	<b>1.177,50</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>1.177,50</b>



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 7036/2015**

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

**Modalidade:** 103/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 7121/2015    **Empenho:** 20448/2015 - 14/12/2015

**Vínculo:** FUNDO MUNIC. DE ASSIST SOCIAL    **Ata de Registro de Preço Nº:** 59/2015

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

( UM MIL E CENTO E SETENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

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

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



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 7037/2015**

**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.39 - MATERIAL DE CONSUMO

**Modalidade:** 56/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 7124/2015 **Empenho:** 20574/2015 - 16/12/2015

**Vínculo:** ORDINÁRIO

**Ata de Registro de Preço Nº:** 20/2015

**Fornecedor 6625 SILVIO CESAR BIAZOTO - ME**

**Nome Fantasia BORRACHARIA SILVINHO TAPIQUINHO**

**Endereço** R HENRIQUE C. DE VASCONCELOS, Nº 2420

**Bairro** JARDIM SAO NICOLAU

**Cidade** SÃO JOÃO DA BOA VISTA

**Estado** SP

**CEP** 13870-000

**Nº Telefone** (019) 3633-5504

**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 09.330.719/0001-65

**Nº Fax** (019) 99737-6991

**Inscr. Estadual**

**Inscr. Municipal**

**e-mail** borrachariasilvinho@hotmail.com

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL

**Ficha Nº 215 Dest. Recurso**

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

**Unidade Orçamentaria** 10902 SERVIÇO DE COLETA DE LIXO E VARRIÇÃO

**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Prazo Entrega** ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

**Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Objeto** Conserto de pneus

**Aplicação** DEPARTAMENTO DE MEIO AMBIENTE, AGRICULTURA E ABASTECIMENTO

**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
011	1	UN	003.019.00093/MANCHÃO Nº 10	25,3800	25,38

Obs: CPV-6330

<b>Pedido 7037/2015</b>	<b>Total</b>	<b>25,38</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>25,38</b>

**( VINTE E CINCO REAIS E TRINTA E OITO CENTAVOS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015**

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 7038/2015**

**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.39 - MATERIAL DE CONSUMO

**Modalidade:** 56/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 7124/2015 **Empenho:** 20575/2015 - 16/12/2015

**Vínculo:** ORDINÁRIO

**Ata de Registro de Preço Nº:** 20/2015

**Fornecedor 6625 SILVIO CESAR BIAZOTO - ME**

**Nome Fantasia BORRACHARIA SILVINHO TAPIQUINHO**

**Endereço** R HENRIQUE C. DE VASCONCELOS, Nº 2420

**Bairro** JARDIM SAO NICOLAU

**Cidade** SÃO JOÃO DA BOA VISTA

**Estado** SP

**CEP** 13870-000

**Nº Telefone** (019) 3633-5504

**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 09.330.719/0001-65

**Nº Fax** (019) 99737-6991

**Inscr. Estadual**

**Inscr. Municipal**

**e-mail** borrachariasilvinho@hotmail.com

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL

**Ficha Nº 215 Dest. Recurso**

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

**Unidade Orçamentaria** 10902 SERVIÇO DE COLETA DE LIXO E VARRIÇÃO

**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Prazo Entrega** ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

**Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Objeto** Conserto de pneus

**Aplicação** DEPARTAMENTO DE MEIO AMBIENTE, AGRICULTURA E ABASTECIMENTO

**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
016	2	UN	003.019.00098/MANCHÃO Nº 15	36,6600	73,32
017	1	UN	003.019.00099/MANCHÃO Nº 16	40,4200	40,42
019	1	UN	003.019.00101/MANCHÃO Nº 18	44,1800	44,18
001	3	UN	003.019.00083/MANCHÃO Nº 20	47,0000	141,00

Obs: MAQ-0002

<b>Pedido 7038/2015</b>	<b>Total</b>	<b>298,92</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>298,92</b>

**( DUZENTOS E NOVENTA E OITO REAIS E NOVENTA E DOIS CENTAVOS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015**

**DOUGLAS DA SILVA VITIELI**  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

**LUIZ CARLOS SARTORI**  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 7039/2015**

**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.39 - MATERIAL DE CONSUMO

**Modalidade:** 56/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 7124/2015 **Empenho:** 20576/2015 - 16/12/2015

**Vínculo:** ORDINÁRIO

**Ata de Registro de Preço Nº:** 20/2015

**Fornecedor 6625 SILVIO CESAR BIAZOTO - ME**

**Nome Fantasia BORRACHARIA SILVINHO TAPIQUINHO**

**Endereço** R HENRIQUE C. DE VASCONCELOS, Nº 2420

**Bairro** JARDIM SAO NICOLAU

**Cidade** SÃO JOÃO DA BOA VISTA

**Estado** SP

**CEP** 13870-000

**Nº Telefone** (019) 3633-5504

**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 09.330.719/0001-65

**Nº Fax** (019) 99737-6991

**Inscr. Estadual**

**Inscr. Municipal**

**e-mail** borrachariasilvinho@hotmail.com

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL

**Ficha Nº 215 Dest. Recurso**

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

**Unidade Orçamentaria** 10902 SERVIÇO DE COLETA DE LIXO E VARRIÇÃO

**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Prazo Entrega** ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

**Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Objeto** Conserto de pneus

**Aplicação** DEPARTAMENTO DE MEIO AMBIENTE, AGRICULTURA E ABASTECIMENTO

**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
016	1	UN	003.019.00098/MANCHÃO Nº 15	36,6600	36,66
001	4	UN	003.019.00083/MANCHÃO Nº 20	47,0000	188,00

Obs: MAQ-0002

<b>Pedido 7039/2015</b>	<b>Total</b>	<b>224,66</b>
	Cancelados (-)	0,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>224,66</b>

**( DUZENTOS E VINTE E QUATRO REAIS E SESENTA E SEIS CENTAVOS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015**

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**\*\*\* PEDIDO CANCELADO \*\*\***

**Nº Pedido de Compra:** 7040/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.16 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** 69/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 7125/2015 **Vínculo:** ORDINÁRIO **Ata de Registro de Preço Nº:** 25/2015

**Fornecedor** 5846 **BOA VISTA PAPELARIA E INFORMÁTICA LTDA ME**  
**Nome Fantasia** **CASA DO PAPEL**

**Endereço** Avenida Doutor Oscar Pirajá Martins, 960 **Bairro** Jardim Santo André  
**Cidade** SÃO JOÃO DA BOA VISTA **Estado** SP  
**CEP** 13874-000 **Nº Telefone** (019) 3631-7567  
**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 14.370.839/0001-26 **Nº Fax** ( )  
**Inscr. Estadual** **Inscr. Municipal**  
**e-mail** casadopapelsjbv@uol.com.br, <fernanda.casadopapel@h

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº** 121 **Dest. Recurso**

**Endereço** AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
**Unidade Orçamentaria** 10701 **GABINETE DO DIRETOR - FINANÇAS**  
**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Prazo Entrega** ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Objeto** Registro de Preços para papel A4  
**Aplicação** DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

**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	PCT	001.001.00006/PAPEL FORMATO A4; COR BRANCA; GRAMATURA 75G/M²; MEDINDO 210 X 297 MM; ALVURA MÍNIMA DE 90%; CONFORME NORMA ISO; OPACIDADE MÍNIMA DE 87%; UMIDADE ENTRE 3,5%(+/-1,0), CONFORME NORMA TAPPI; CORTE ROTATIVO; PH ALCALINO; EMBALAGEM BOPP; PACOTE COM 500 FOLHAS. APRESENTAR AMOSTRA: 01 PACOTE FECHADO. - CÓDIGO BEC 2903881 <b>COPIMAX</b>	15,8000	15,80

<b>Pedido 7040/2015</b>	<b>Total</b>	<b>15,80</b>
	<b>Cancelados (-)</b>	<b>15,80</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>15,80</b>

(\*) - Itens Cancelados

( QUINZE REAIS E OITENTA CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO





**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 7041/2015**

**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.16 - MATERIAL DE CONSUMO

**Modalidade:** 69/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 7125/2015 **Empenho:** 20496/2015 - 15/12/2015

**Vínculo:** ORDINÁRIO

**Ata de Registro de Preço Nº:** 25/2015

**Fornecedor** 5846

**BOA VISTA PAPELARIA E INFORMÁTICA LTDA ME**

**Nome Fantasia**

**CASA DO PAPEL**

Endereço Avenida Doutor Oscar Pirajá Martins, 960

Bairro Jardim Santo André

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13874-000

Nº Telefone (019) 3631-7567

C.P.F / C.N.P.J. Nº 14.370.839/0001-26

Nº Fax ( )

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail casadopapelsjbv@uol.com.br, <fernanda.casadopapel@h

**Local de Entrega**

ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 121

Dest. Recurso

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

Unidade Orçamentaria 10701

GABINETE DO DIRETOR - FINANÇAS

Validade CONFORME ATA DE REGISTRO

Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto CONFORME ATA DE REGISTRO

Garantia CONFORME ATA DE REGISTRO

Objeto Registro de Preços para papel A4

Aplicação DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

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	60	PCT	001.001.00006/PAPEL FORMATO A4; COR BRANCA; GRAMATURA 75G/M²; MEDINDO 210 X 297 MM; ALVURA MÍNIMA DE 90%; CONFORME NORMA ISO; OPACIDADE MÍNIMA DE 87%; UMIDADE ENTRE 3,5%(+/-1,0), CONFORME NORMA TAPPI; CORTE ROTATIVO; PH ALCALINO; EMBALAGEM BOPP; PACOTE COM 500 FOLHAS. APRESENTAR AMOSTRA: 01 PACOTE FECHADO. - CÓDIGO BEC 2903881 <b>COPIMAX</b>	15,8000	948,00

Pedido 7041/2015	<b>Total</b>	<b>948,00</b>
	Cancelados (-)	15,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>948,00</b>

(\*) - Itens Cancelados

( NOVECENTOS E QUARENTA E OITO REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 7018/2015 - 0****Nº Pedido de Compra: 7042/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.30.99 - MATERIAL DE CONSUMO**Modalidade:** 75/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 7127/2015 **Empenho:** 20499/2015 - 15/12/2015**Vínculo:** ORDINÁRIO**Ata de Registro de Preço Nº:** 41/2015**Fornecedor** **6642****ELICAMP DISTRIBUIDORA DE MATERIAIS EIRELI - ME****Nome Fantasia****ELICAMP DISTRIBUIDORA DE MATERIAIS EIRELI - ME**

Endereço R ERCOLE VERRI, 61

Bairro JARDIM CALIFORNIA

Cidade RIBEIRAO PRETO

Estado SP

CEP 14026-200

Nº Telefone (016) 3664-7777

C.P.F / C.N.P.J. Nº 17.290.549/0001-60

Nº Fax ( )

Inscr. Estadual 582.941.012.112

Inscr. Municipal

e-mail empenho@fornnece.com.br

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL**Ficha Nº 121** **Dest. Recurso**

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

Unidade Orçamentaria 10701 GABINETE DO DIRETOR - FINANÇAS

Validade CONFORME ATA DE REGISTRO

Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto CONFORME ATA DE REGISTRO

Garantia CONFORME ATA DE REGISTRO

Objeto REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE PRODUTOS DE LIMPEZA, HIGIENE E DESCARTÁVEIS.

Aplicação Departamento de Finanças

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
033	100	RL	002.002.00027/PAPEL HIGIÊNICO, ALTA QUALIDADE; FOLHA DUPLA, GOFRADO, PICOTADO, NA COR BRANCA. FRAGÂNCIA NEUTRO; PRODUTO NÃO PERECÍVEL; TEXTURIZADO; COMPOSTO DE FIBRAS CELULÓSICAS 100% NATURAIS; DIÂMETRO DO TUBETE MEDINDO 4,0CM; ROLO MEDINDO 30M X 10 CM. <b>DAMA</b>	0,6600	66,00

<b>Pedido 7042/2015</b>	<b>Total</b>	<b>66,00</b>
	<b>Cancelados (-)</b>	<b>15,80</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>66,00</b>

(\*) - Itens Cancelados

( SESSENTA E SEIS REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

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



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 7043/2015**

**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.99 - MATERIAL DE CONSUMO

**Modalidade:** 75/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 7126/2015 **Empenho:** 20498/2015 - 15/12/2015

**Vínculo:** ORDINÁRIO

**Ata de Registro de Preço Nº:** 40/2015

**Fornecedor** 5660

**COMERCIAL MANGILI & SILVA LTDA ME**

**Nome Fantasia**

**COMERCIAL MANGILI & SILVA LTDA ME**

**Endereço** RUA PROF. LUIZ CHAINE, 262

**Bairro** JARDIM SÃO LUIZ

**Cidade** LIMEIRA

**Estado** SP

**CEP** 13487-009

**Nº Telefone** 3452-3442/9728-3487

**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 62.479.555/0001-15

**Nº Fax** (19) 3452-3442

**Inscr. Estadual**

**Inscr. Municipal**

**e-mail** antonioamaurilio@terra.com.br

**Local de Entrega**

ALMOXARIFADO CENTRAL

**Ficha Nº** 121

**Dest. Recurso**

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

**Unidade Orçamentaria** 10701

GABINETE DO DIRETOR - FINANÇAS

**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Prazo Entrega** ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

**Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Objeto** REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE PRODUTOS DE LIMPEZA, HIGIENE E DESCARTÁVEIS.

**Aplicação** Departamento de Finanças

**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
044	80	BOB	002.003.00084/PAPEL TOALHA BOBINA, GOFRADO; BOBINA MEDINDO 25 CM X 50 M; IMPUREZA MÁXIMA DE 15 MM2/M2, CONFORME NORMA TAPPI T437 OM-90; ALVURA SUPERIOR 85% CONFORME NORMA ISO; ABSORÇÃO MÁXIMA 70S; NA COR BRANCA. <b>EURO PAPER</b>	1,5900	127,20

<b>Pedido 7043/2015</b>	<b>Total</b>	<b>127,20</b>
	<b>Cancelados (-)</b>	<b>15,80</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>127,20</b>

(\*) - Itens Cancelados

( CENTO E VINTE E SETE REAIS E VINTE CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 7018/2015 - 0****Nº Pedido de Compra: 7044/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.30.01 - MATERIAL DE CONSUMO**Modalidade:** 94/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 7123/2015 **Empenho:** 20501/2015 - 15/12/2015**Vínculo:** ORDINÁRIO**Ata de Registro de Preço Nº:** 51/2015**Fornecedor** 10209**PATRICIA CRISTINA DE ABREU - EPP****Nome Fantasia**

Endereço RUA HELENA, 222

Bairro JARDIM DAS BELEZAS

Cidade CARAPICUÍBA

Estado SP

CEP 06320-310

Nº Telefone (011) 4182-8689

C.P.F / C.N.P.J. Nº 20.363.508/0001-61

Nº Fax ( )

Inscr. Estadual 255.285.880.111

Inscr. Municipal

e-mail lucopecas09@gmail.com

**Local de Entrega**

ALMOXARIFADO CENTRAL

**Ficha Nº 88****Dest. Recurso**

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

Unidade Orçamentaria 10501

GABINETE DO DIRETOR - ADMINISTRAÇÃO

Validade CONFORME ATA DE REGISTRO

Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto CONFORME ATA DE REGISTRO

Garantia CONFORME ATA DE REGISTRO

Objeto Registro de Preços para aquisição de óleos lubrificantes

Aplicação ADMINISTRAÇÃO

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	48	LT	007.002.00028/ÓLEO LUBRIFICANTE 20W50 API - SL - CF, COMPOSIÇÃO DE ÓLEO MINERAISPARAFINICOS, COM ADIVITOS ANTICORROSIVO, ANTIDEGASTANTE, ANTIESPUMANTE, ANTIFERRUGEM E ANTIOXIDANTE DETERGENTE, DISPERSANTE, E MELHORAMENTO DA VISCOSIDADE E FLUIDEZ, ÍNDICE DE VISCOSIDADE DE 125 A VISCOSIDADE CINEMÁTICA A 100° C DE 18, 15 CST - RESOLUÇÃO CONAMA Nº 362/05, EMBALAGEM CONTENDO 1 LITRO. <b>INCOL</b>	8,5100	408,48

<b>Pedido 7044/2015</b>	<b>Total</b>	<b>408,48</b>
	Cancelados (-)	15,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>408,48</b>

(\*) - Itens Cancelados

( QUATROCENTOS E OITO REAIS E QUARENTA E OITO CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

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



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7045/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 0/2015      **Empenho:** 20399/2015 - 14/12/2015  
**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 FARMACÊUTICA  
**Validade** SESENTA DIAS  
**Prazo Entrega** 15 DIAS APÓS EMPENHO      **Prazo de Pagto** 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL  
**Garantia** .  
**Objeto** AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
**Aplicação** SAÚDE

Responsável **gustavo**

**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
153	1000	UN	100.002.00232/NICOTINA - ADESIVO TRANSDÉRMICO DE 21 MG NOVARTIS	5,7600	5.760,00

Pedido 7045/2015	<b>Total</b>	<b>5.760,00</b>
	Cancelados (-)	15,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>5.760,00</b>

(\* ) - Itens Cancelados

( CINCO MIL E SETECENTOS E SESENTA REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7046/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 0/2015 **Empenho:** 20401/2015 - 14/12/2015

**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** 600 **Dest. Recurso** 013100000  
**Endereço** AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
**Unidade Orçamentaria** 11502 **ATENÇÃO BÁSICA**  
**Validade** SESENTA DIAS  
**Prazo Entrega** 15 DIAS APÓS EMPENHO **Prazo de Pagto** 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL  
**Garantia** .  
**Objeto** AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
**Aplicação** SAÚDE

Responsável **gustavo**

**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	200	AMP	022.004.00114/AMINOFILINA 240 MG 10ML INJETÁVEL. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES <b>FARMACE</b>	0,9096	181,92
014	150	AMP	022.004.00133/AMIODARONA INJETÁVEL. AMPOLA COM 3 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES <b>HIPOLABOR</b>	1,7802	267,03
026	50	AMP	022.004.00311/CLORETO DE SÓDIO À 10% AMPOLA COM 10 ML. EMBALAGEM INDIVIDUAL. VALIDADE MINIMA 12 MESES. <b>FARMACE</b>	0,2000	10,00
009	2	FR	022.004.00100/CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA SPRAY 10% ANESTESIA TÓPICA FR. C/ 50 ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES <b>HIPOLABOR</b>	28,7000	57,40
011	1400	AMP	022.004.00116/CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA 10 MG. AMPOLA COM 2 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. <b>ISOFARMA</b>	0,2819	394,66
027	50	AMP	022.004.00332/DESLANOSIDO 0,4 MG/ML AMP. COM 2 ML. EMBALAGEM CX. COM 50 AMP. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. <b>UNIAO QUIMICA</b>	1,3498	67,49
019	750	AMP	022.004.00228/DICLOFENACO SÓDICO 75 MG/3ML. AMPOLA COM 3 ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. <b>FARMACE</b>	0,4401	330,08

**Pedido de Compra 7018/2015 - 0****Nº Pedido de Compra: 7046/2015****Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO****Modalidade: 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL****Processo Nº: 0/2015****Empenho: 20401/2015 - 14/12/2015****Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

<b>Item Nº</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Un.Med.</b>	<b>Especificação</b>	<b>Valor Unitário</b>	<b>Valor Total</b>
031	50	AMP	022.004.00440/FENITOÍNA 250 MG. AMPOLA COM 5 ML. VALIDADE MINIMA 12 MESES. <b>HIPOLABOR</b>	2,0769	103,85
013	900	AMP	022.004.00131/GLICOSE 25% AMPOLA COM 10 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. <b>FARMACE</b>	0,2494	224,46
029	5	AMP	022.004.00398/NORADRENALINA 1MG/ML AMPOLA DE 4ML. VALIDADE MINIMA 12 MESES <b>HIPOLABOR</b>	5,5000	27,50
015	10	FR	022.004.00178/RIFAMICINA SV SODICA 10MG/ML SPRAY FRASCO COM 20 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. <b>NATULAB</b>	2,4300	24,30

Pedido 7046/2015	<b>Total</b>	<b>1.688,69</b>
	Cancelados (-)	15,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>1.688,69</b>

(\*) - Itens Cancelados

( UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E OITO REAIS E SESENTA E NOVE CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

\_\_\_\_\_  
DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO\_\_\_\_\_  
LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 7018/2015 - 0****Nº Pedido de Compra: 7047/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 7131/2015 **Empenho:** 20285/2015 - 14/12/2015**Vínculo:** FUNDO MUNIC. DE ASSIST SOCIAL**Fornecedor 2307 SAO JOAO TRANSPORTES E TURISMO LTDA - EPP****Nome Fantasia SAO JOAO TURISMO**

Endereço AV TREZE DE MAIO, Nº 159

Bairro VILA SANTA EDWIRGES

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VIST

Estado SP

CEP 13874-282

Nº Telefone (999) 3623-6977

C.P.F / C.N.P.J. Nº 67.597.856/0001-67

Nº Fax ( )

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail saojoaoturismo@hotmail.com

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL**Ficha Nº 345 Dest. Recurso 055000019**

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

Unidade Orçamentaria 11101 FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto CONFRATERNIZAÇÃO AÇÃO JOVEM

Aplicação DEPARTAMENTO DE ASSISTENCIA SOCIAL

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	017.001.00157/'SERVIÇOS DE TRANSPORTE DIVERSOS -'	900,0000	900,00

<b>Pedido 7047/2015</b>	<b>Total</b>	<b>900,00</b>
	<b>Cancelados (-)</b>	<b>15,80</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>900,00</b>

(\*) - Itens Cancelados

( NOVECENTOS REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

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



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0****Nº Pedido de Compra: 7048/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 7132/2015 **Empenho:** 20284/2015 - 14/12/2015**Vínculo:** FUNDO MUNIC. DE ASSIST SOCIAL**Fornecedor 2307 SAO JOAO TRANSPORTES E TURISMO LTDA - EPP****Nome Fantasia SAO JOAO TURISMO**

Endereço AV TREZE DE MAIO, Nº 159

Bairro VILA SANTA EDWIRGES

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VIST

Estado SP

CEP 13874-282

Nº Telefone (999) 3623-6977

C.P.F / C.N.P.J. Nº 67.597.856/0001-67

Nº Fax ( )

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail saojoaoturismo@hotmail.com

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL**Ficha Nº 345 Dest. Recurso 055000019**

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

Unidade Orçamentaria 11101 FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto CONFRATERNIZAÇÃO RENDA CIDADÃ

Aplicação DEPARTAMENTO DE ASSISTENCIA SOCIAL

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	017.001.00157/'SERVIÇOS DE TRANSPORTE DIVERSOS -'	900,0000	900,00

<b>Pedido 7048/2015</b>	<b>Total</b>	<b>900,00</b>
	<b>Cancelados (-)</b>	<b>15,80</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>900,00</b>

(\*) - Itens Cancelados

( NOVECENTOS REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

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



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7049/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 0/2015 **Empenho:** 20400/2015 - 14/12/2015  
**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 FARMACÊUTICA  
Validade SESENTA DIAS  
Prazo Entrega 15 DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL  
Garantia .  
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
Aplicação SAÚDE

Responsável **gustavo**

**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
155	100	FR	100.002.00238/BROMETO DE IPRATRÓPIO SOLUÇÃO INALANTE 0,25 MG/ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. <b>TEUTO</b>	0,7775	77,75
097	50	AMP	100.002.00134/BROMETO DE N-BUTILESCOPOLAMINA 20 MG/1ML. VALIDADE MINIMA 12 MESES. <b>UNIAO QUIMICA</b>	1,0269	51,35
076	75	FR	100.002.00078/DELTAMETRINA XAMPU FRASCO COM 100 ML. COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA, REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE E VALIDADE DE 12 MESES. <b>SANTA TEREZINHA</b>	1,7311	129,83
081	250	FRA	100.002.00087/LIDOCAÍNA 2% SEM VASOCONSTRITOR FRASCO COM 20 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. <b>HIPOLABOR</b>	2,4941	623,53
115	120	COM	100.002.00164/SULFADIAZINA 500 MG - EMBALAGEM COM 10 COMPRIMIDOS - VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES <b>SOBRAL</b>	0,1660	19,92

<b>Pedido 7049/2015</b>	<b>Total</b>	<b>902,38</b>
	<b>Cancelados (-)</b>	<b>15,80</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>902,38</b>

(\*) - Itens Cancelados



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 7049/2015**

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

**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 0/2015      **Empenho:** 20400/2015 - 14/12/2015

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

---

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

---

( NOVECENTOS E DOIS REAIS E TRINTA E OITO CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

---

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

---

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 7050/2015**

**Categoria Econômica:** 3.3.90.36.06 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.F.

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

**Processo Nº:** 7133/2015 **Empenho:** 20283/2015 - 14/12/2015

**Vínculo:** FUNDO MUNIC. DE ASSIST SOCIAL

**Fornecedor 3123 ANTONIO BERNARDINO FLORA**

**Nome Fantasia ANTONIO BERNARDINO FLORA**

**Endereço RUA CAP. JOSÉ JACINTO DE ANDRADE, 556**

**Bairro ROSÁRIO**

**Cidade SÃO JOÃO DA BOA VIST**

**Estado SP**

**CEP 13870-000**

**Nº Telefone 3631-6792**

**C.P.F / C.N.P.J. Nº 317.699.428-15**

**Nº Fax 99131-5078**

**Inscr. Estadual**

**Inscr. Municipal**

**Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL**

**Ficha Nº 280**

**Dest. Recurso 055000001**

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

**Unidade Orçamentaria 11101 FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**

**Validade SESENTA DIAS**

**Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO**

**Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL**

**Garantia .**

**Objeto CONTRATAÇÃO DE APRESENTAÇÃO MUSICAL, CONFRATERNIZAÇÃO CII**

**Aplicação DEPARTAMENTO DE ASSISTENCIA SOCIAL**

**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	SERV	030.001.00001/'APRESENTAÇÃO DE SHOW -'	600,0000	600,00

<b>Pedido 7050/2015</b>	<b>Total</b>	<b>600,00</b>
	<b>Cancelados (-)</b>	<b>15,80</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>600,00</b>

(\*) - Itens Cancelados

( SEISCENTOS REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7051/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 0/2015 **Empenho:** 20402/2015 - 14/12/2015  
**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 FARMACÊUTICA  
Validade SESENTA DIAS  
Prazo Entrega 15 DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL  
Garantia .  
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
Aplicação SAÚDE

Responsável **gustavo**

**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
056	500	COM	100.002.00047/ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 500MG <b>SOBRAL</b>	0,0437	21,85
165	30	AMP	100.002.00272/ADENOSINA 6MG AMPOLAS IV. VALIDADE MINIMA 12 MESES <b>HIPOLABOR</b>	8,0690	242,07
074	5000	COM	100.002.00075/AMINOFILINA 100MG <b>VITAPAN</b>	0,0322	161,00
086	45000	COM	100.002.00095/BESILATO DE ANLODIPINO 5 MG <b>TEUTO</b>	0,0199	895,50
090	8	FR	100.002.00118/DIMETICONA GOTAS FRASCO COM 10 ML. COM 75MG./ML. EMBALAGEM INDIVIDUAL. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. <b>HIPOLABOR</b>	0,8159	6,53
057	300	COM	100.002.00050/IVERMECTINA 6 MG <b>VITAPAN</b>	0,2641	79,23
132	15000	COM	100.002.00195/LEVOTIROXINA 100MG <b>MERCK</b>	0,0900	1.350,00
147	65000	COM	100.002.00216/LEVOTIROXINA SÓDICA 25 MCG COMPRIMIDO <b>MERCK</b>	0,0910	5.915,00
093	67500	COM	100.002.00123/NIMESULIDA 100 MG <b>VITAPAN</b>	0,0520	3.510,00



Pedido de Compra 7018/2015 - 0

Nº Pedido de Compra: 7051/2015

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

Modalidade: 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 0/2015 Empenho: 20402/2015 - 14/12/2015

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
150	100	BGA	100.002.00222/VITAMINA A E D + ÓXIDO DE ZINCO. BSNAGA C/ 45 GRS. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES ELOFAR	1,8559	185,59

Pedido 7051/2015	Total	12.366,77
	Cancelados (-)	15,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	12.366,77

(\*) - Itens Cancelados

( DOZE MIL E TREZENTOS E SESENTA E SEIS REAIS E SETENTA E SETE CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7052/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 0/2015      **Empenho:** 20403/2015 - 14/12/2015  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

<b>Fornecedor</b>	<b>6238 ANBIOTON IMPORTADORA LTDA</b>	
<b>Nome Fantasia</b>	<b>ANBIOTON IMPORTADORA LTDA</b>	
<b>Endereço</b>	RUA DOZE DE MAIO, 547	Bairro VILA GALVÃO
<b>Cidade</b>	GUARULHOS	Estado SP
<b>CEP</b>	07056-120	Nº Telefone (011) 2304-1701
<b>C.P.F / C.N.P.J. Nº</b>	11.260.846/0001-87	Nº Fax (011) 4372-9982
<b>Inscr. Estadual</b>	336.905.878.113	<b>Inscr. Municipal</b>
<b>e-mail</b>	anbioton@anbioton.com	

<b>Local de Entrega</b>	ALMOXARIFADO CENTRAL	<b>Ficha Nº 697</b>	<b>Dest. Recurso 013100000</b>
<b>Endereço</b>	AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122		
<b>Unidade Orçamentaria</b>	11505	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	
<b>Validade</b>	SESSENTA DIAS		
<b>Prazo Entrega</b>	15 DIAS APÓS EMPENHO	<b>Prazo de Pagto</b>	15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL
<b>Garantia</b>	.		
<b>Objeto</b>	AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS		
<b>Aplicação</b>	SAÚDE		

Responsável **gustavo**

**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
199	180	COM	100.002.00432/CLORIDRATO DE TRAZODONA 50MG. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. <b>DONAREN APSEN</b>	1,0400	187,20
159	31000	COM	100.002.00258/PENTOXIFILINA 400 MG. COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA, REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE, VALIDADE MINIMA 12 MESES. <b>EMS</b>	0,3590	11.129,00

<b>Pedido 7052/2015</b>	<b>Total</b>	<b>11.316,20</b>
	<b>Cancelados (-)</b>	<b>15,80</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>11.316,20</b>

(\*) - Itens Cancelados

( ONZE MIL E TREZENTOS E DEZESSEIS REAIS E VINTE CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 7053/2015**

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

**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 0/2015 **Empenho:** 20405/2015 - 14/12/2015

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Fornecedor 4104 BH FARMA COMERCIO LTDA**

**Nome Fantasia BH FARMA MEDICAMENTOS**

**Endereço** RUA SIMÃO TANN, 257

**Cidade** BELO HORIZONTE

**CEP** 31.130-25

**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 42.799.163/0001-26

**Inscr. Estadual**

**e-mail** documentacao@bhfarma.com.br, <simonealves@bhfarma.c

**Bairro** CACHOEIRINHA

**Estado** MG

**Nº Telefone** 0800703-6999

**Nº Fax** (31) 2122-9400

**Inscr. Municipal**

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL

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

**Unidade Orçamentaria** 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**Validade** SESENTA DIAS

**Prazo Entrega** 15 DIAS APÓS EMPENHO

**Garantia** .

**Objeto** AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

**Aplicação** SAÚDE

**Ficha Nº 689 Dest. Recurso 013100000**

**Prazo de Pagto** 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL

**Responsável** gustavo

**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
178	500	AMP	100.002.00331/DECANOATO HALOPERIDOL 70,52MG/ML - VALIDADE MINIMA 12 MESES - PORTARIA 344/98 C1 <b>UNIAO QUIMICA</b>	7,7000	3.850,00
196	180	COM	100.002.00413/CLORIDRATO DE PROPAFENONA 300MG. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. <b>ABBOTT</b>	0,9100	163,80

<b>Pedido 7053/2015</b>	<b>Total</b>	<b>4.013,80</b>
	<b>Cancelados (-)</b>	<b>15,80</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>4.013,80</b>

(\*) - Itens Cancelados

( QUATRO MIL E TREZE REAIS E OITENTA CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO





**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7054/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 0/2015      **Empenho:** 20406/2015 - 14/12/2015  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Fornecedor** 4104      **BH FARMA COMERCIO LTDA**  
**Nome Fantasia**      **BH FARMA MEDICAMENTOS**  
Endereço RUA SIMÃO TANN, 257      Bairro CACHOEIRINHA  
Cidade BELO HORIZONTE      Estado MG  
CEP 31.130-25      Nº Telefone 0800703-6999  
C.P.F / C.N.P.J. Nº 42.799.163/0001-26      Nº Fax (31) 2122-9400  
Inscr. Estadual      Inscr. Municipal  
e-mail documentacao@bhfarma.com.br, <simonealves@bhfarma.c

**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 15 DIAS APÓS EMPENHO      Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL  
Garantia .  
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
Aplicação SAÚDE

Responsável **gustavo**

**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
164	30000	COM	100.002.00271/ACIDO VALPROICO 250 MG CAPSULA; 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 E ANVISA; VALIDADE MINIMA 12 MESES <b>ABBOTT</b>	0,1870	5.610,00
170	40	COM	100.002.00288/BROMETO DE PINAVERIO 50MG.VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. <b>ABBOTT</b>	1,1400	45,60

<b>Pedido 7054/2015</b>	<b>Total</b>	<b>5.655,60</b>
	Cancelados (-)	15,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>5.655,60</b>

(\*) - Itens Cancelados

( CINCO MIL E SEISCENTOS E CINQUENTA E CINCO REAIS E SESENTA CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7055/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 0/2015 **Empenho:** 20407/2015 - 14/12/2015  
**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 10.502.250-0  
e-mail licitacoes@mafrahospitalar.com.br ; vitor.mattos@m

**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 15 DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL  
Garantia .  
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
Aplicação SAÚDE

Responsável **gustavo**

**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
129	1020	COM	100.002.00192/CLORIDRATO DE CINACALCETE 30MG <b>BERGAMO</b>	19,7200	20.114,40
122	3	FR	100.002.00185/INSULINA ASPART 10ML <b>NOVO NORDISK</b>	76,6300	229,89
203	28	COM	100.002.00467/RIVAROXABANA 20MG COMPRIMIDO. VALIDADE MINIMA 12 MESES <b>BAYER</b>	5,9300	166,04
032	112	CX	100.001.00015/SITAGLIPTINA/METFORMINA 50/850 MG COMPRIMIDOS - CAIXA COM 56 COMPRIMIDOS <b>MERCK SHARP E DOHME</b>	2,5700	287,84

Pedido 7055/2015	<b>Total</b>	<b>20.798,17</b>
	Cancelados (-)	15,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>20.798,17</b>

(\*) - Itens Cancelados

**( VINTE MIL E SETECENTOS E NOVENTA E OITO REAIS E DEZESSETE CENTAVOS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015**

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7056/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 0/2015      **Empenho:** 20408/2015 - 14/12/2015  
**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 10.502.250-0  
**e-mail** licitacoes@mafrahospitalar.com.br ; vitor.mattos@m

**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** 15 DIAS APÓS EMPENHO      **Prazo de Pagto** 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL  
**Garantia** ]  
**Objeto** AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
**Aplicação** SAÚDE

Responsável **gustavo**

**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
104	500	COM	100.002.00146/LEVODOPA 100 MG + BENSERAZIDA 25 MG COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO LENTA ROCHE	1,1400	570,00

Pedido 7056/2015	<b>Total</b>	<b>570,00</b>
	Cancelados (-)	15,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>570,00</b>

(\*) - Itens Cancelados

( QUINHENTOS E SETENTA REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 7018/2015 - 0

Nº Pedido de Compra: 7057/2015  
 Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO  
 Modalidade: 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
 Processo Nº: 0/2015      Empenho: 20410/2015 - 14/12/2015  
 Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

<b>Fornecedor</b> 5104	<b>COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA</b>
<b>Nome Fantasia</b>	<b>COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA</b>
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

<b>Local de Entrega</b>	ALMOXARIFADO CENTRAL	<b>Ficha Nº</b> 600	<b>Dest. Recurso</b> 013100000
Endereço	AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122		
Unidade Orçamentaria	11502	ATENÇÃO BÁSICA	
Validade	SESSENTA DIAS		
Prazo Entrega	15 DIAS APÓS EMPENHO	Prazo de Pagto	15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL
Garantia	.		
Objeto	AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS		
Aplicação	SAÚDE		

Responsável **gustavo**

**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
030	4800	AMP	022.004.00437/AGUA DESTILADA ESTÉRIL 5ML AMPOLA. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. <b>ISO FARMA</b>	0,1680	806,40
017	2500	AMP	022.004.00212/CIMETIDINA 300 MG. AMPOLA COM 2 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. <b>HYPO FARMA</b>	0,7750	1.937,50
022	7500	AMP	022.004.00244/DEXAMETASONA 4MG AMPOLA COM 2,5ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. <b>FARMACE</b>	0,6490	4.867,50
012	10200	AMP	022.004.00119/DIPIRONA SÓDICA 500MG/ ML AMPOLA COM 2ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. <b>SANTISA</b>	0,3800	3.876,00

Pedido 7057/2015	<b>Total</b>	<b>11.487,40</b>
	Cancelados (-)	15,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>11.487,40</b>

(\*) - Itens Cancelados

( ONZE MIL E QUATROCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E QUARENTA CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 7057/2015**

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

**Modalidade: 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**

**Processo Nº: 0/2015      Empenho: 20410/2015 - 14/12/2015**

**Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

---

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

---

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

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



Pedido de Compra 7018/2015 - 0

Nº Pedido de Compra: 7058/2015  
Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
Modalidade: 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
Processo Nº: 0/2015 Empenho: 20411/2015 - 14/12/2015  
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 1 Inscr. Municipal 1  
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 FARMACÊUTICA  
Validade SESENTA DIAS  
Prazo Entrega 15 DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL  
Garantia .  
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
Aplicação SAÚDE

Responsável **gustavo**

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
075	700	AMP	100.002.00076/BROMETO DE N-BUTILESCOPOLAMINA 20MG/5ML + DIPIRONA SÓDICA 2,5G/ML, AMPOLA COM 5ML EMBALAGEM. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. <b>HIPOLABOR</b>	1,1100	777,00
177	15100	COM	100.002.00325/CLORIDRATO DE FLUOXETINA 20 MG APRESENTAÇÃO COMPRIMIDO- VALIDADE MINIMA 12 MESES - PORTARIA 344/98 C1. <b>TEUTO</b>	0,0460	694,60
161	50000	COM	100.002.00261/CLORIDRATO DE SERTRALINA 50 MG COMPRIMIDO; 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 E ANVISA; VALIDADE MINIMA 12 MESES <b>EMS</b>	0,1130	5.650,00

Pedido 7058/2015	Total	7.121,60
	Cancelados (-)	15,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	7.121,60

(\*) - Itens Cancelados

( SETE MIL E CENTO E VINTE E UM REAIS E SESENTA CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 7058/2015**

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

**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 0/2015      **Empenho:** 20411/2015 - 14/12/2015

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

---

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

---

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

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



Pedido de Compra 7018/2015 - 0

Nº Pedido de Compra: 7059/2015

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

Modalidade: 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 0/2015 Empenho: 20412/2015 - 14/12/2015

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 1

Inscr. Municipal 1

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 FARMACÊUTICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega 15 DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação SAÚDE

Responsável gustavo

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
139	1500	AMP	100.002.00203/COMPLEXO B INJETÁVEL; AMPOLA 2ML. VALIDADE MINIMA 12 MESES. HYPOFARMA	0,6390	958,50
089	37500	COM	100.002.00117/DEXCLORFENIRAMINA 2 MG. COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA, REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE E VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. GEOLAB	0,0530	1.987,50
185	700	FR	100.002.00364/HIDROXIDO DE ALUMINIO 62 MG/ML SUSPENSÃO ORAL MARIOL	1,6500	1.155,00
157	5000	COM	100.002.00250/NORFLOXACINA 400MG. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. MEDQUIMICA	0,1420	710,00

Pedido 7059/2015	Total	4.811,00
	Cancelados (-)	15,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	4.811,00

(\* ) - Itens Cancelados

( QUATRO MIL E OITOCENTOS E ONZE REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015





**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 7059/2015**

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

**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 0/2015      **Empenho:** 20412/2015 - 14/12/2015

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

---

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

---

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

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



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7060/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 0/2015      **Empenho:** 20440/2015 - 14/12/2015  
**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 VIST      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** 600      **Dest. Recurso** 013100000  
**Endereço** AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
**Unidade Orçamentaria** 11502      ATENÇÃO BÁSICA  
**Validade** SESENTA DIAS  
**Prazo Entrega** 15 DIAS APÓS EMPENHO      **Prazo de Pagto** 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL  
**Garantia** .  
**Objeto** AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
**Aplicação** ADMINISTRAÇÃO

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
004	3500	FR	022.004.00044/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. <b>EUROFARMA</b>	1,9000	6.650,00
005	6000	FR	022.004.00045/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 <b>EUFOFARMA</b>	2,0600	12.360,00
006	5500	UN	022.004.00046/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. <b>EUROFARMA</b>	2,4000	13.200,00
008	600	FR	022.004.00055/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 <b>JP</b>	2,3500	1.410,00
001	400	FR	022.004.00040/SORO GLICO-FISIOLÓGICO FRASCO COM 500 ML. EMBALAGEM INDIVIDUAL COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E	2,8000	1.120,00



Pedido de Compra 7018/2015 - 0

Nº Pedido de Compra: 7060/2015

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade: 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 0/2015

Empenho: 20440/2015 - 14/12/2015

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
			PROCEDÊNCIA. EMBALAGEM BOLSA EM SISTEMA FECHADO. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. JP		
002	150	FR	022.004.00041/SORO GLICOSADO COM 500 ML. EMBALAGEM INDIVIDUAL COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA. EMBALAGEM FRASCO/BOLSA FLEXÍVEIS DE PVC EM SISTEMA FECHADO. VALIDADE MINIMA 12 MESES EUROFARMA	2,4400	366,00
003	200	FR	022.004.00042/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	2,5700	514,00

Pedido 7060/2015	Total	35.620,00
	Cancelados (-)	15,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	35.620,00

(\*) - Itens Cancelados

( TRINTA E CINCO MIL E SEISCENTOS E VINTE REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7061/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 0/2015 **Empenho:** 20414/2015 - 14/12/2015

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Fornecedor** 6040 **DIMASTER - COMÉRCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA****Nome Fantasia**

Endereço RODOVIA BR 480, 180

Bairro .

Cidade BARÃO DE COTEGIPE

Estado RS

CEP 99740-000

Nº Telefone (999) 54 3523 26

C.P.F / C.N.P.J. Nº 02.520.829/0001-40

Nº Fax ( )

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail faturamento@dimaster.com.br

**Local de Entrega**

ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 600

Dest. Recurso 013100000

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

Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega 15 DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação SAÚDE

Responsável **gustavo****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
023	700	AMP	022.004.00247/FRUTOSE, VITAMINA C, COMPLEXO B, AMPOLA COM 10 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CRISTALIA	4,0900	2.863,00

Pedido 7061/2015	<b>Total</b>	<b>2.863,00</b>
	Cancelados (-)	15,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>2.863,00</b>

(\*) - Itens Cancelados

( DOIS MIL E OITOCENTOS E SESENTA E TRÊS REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

\_\_\_\_\_  
DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO\_\_\_\_\_  
LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7062/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 0/2015      **Empenho:** 20441/2015 - 14/12/2015  
**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 VIST      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 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 15 DIAS APÓS EMPENHO      Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL  
Garantia .  
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
Aplicação ADMINISTRAÇÃO

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
054	1500	FR	100.002.00038/SORO FISIOLÓGICO 0,9% FRS COM 250ML EMBALAGEM INDIVIDUAL COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA. EMBALAGEM FRASCO EM SISTEMA ABERTO PARA USO PRÓPRIO EM FERIMENTOS CONF RESOLUÇÃO RDC ANVISA Nº 199/2006. AFE Nº 1.06512-6. VALIDADE MINIMA 12 MESES. <b>FARMAX</b>	0,9300	1.395,00
055	100	TUB	100.002.00043/SULFADIAZINA DE PRATA 1% , 50G <b>PRATI</b>	3,7700	377,00

<b>Pedido 7062/2015</b>	<b>Total</b>	<b>1.772,00</b>
	Cancelados (-)	15,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>1.772,00</b>

(\*) - Itens Cancelados

( UM MIL E SETECENTOS E SETENTA E DOIS REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7063/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 0/2015      **Empenho:** 20442/2015 - 14/12/2015  
**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 VIST      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 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 15 DIAS APÓS EMPENHO      Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL  
Garantia .  
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
Aplicação ADMINISTRAÇÃO

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
051	150	TUB	100.002.00032/ACICLOVIR 50 MG/G CREME, 10G <b>PRATI</b>	2,1000	315,00
052	750	TUB	100.002.00035/CETOCONAZOL CREME TB. COM 30 GRS. COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA, REG. NO MINISTÉRIO DA SAÚDE E VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES <b>SOBRAL</b>	1,0600	795,00

<b>Pedido 7063/2015</b>	<b>Total</b>	<b>1.110,00</b>
	<b>Cancelados (-)</b>	<b>15,80</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>1.110,00</b>

(\*) - Itens Cancelados

( UM MIL E CENTO E DEZ REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 7018/2015 - 0

Nº Pedido de Compra: 7064/2015  
Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
Modalidade: 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
Processo Nº: 0/2015 Empenho: 20415/2015 - 14/12/2015  
Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 6040 DIMASTER - COMÉRCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA

Nome Fantasia

Endereço RODOVIA BR 480, 180

Bairro .

Cidade BARÃO DE COTEGIPE

Estado RS

CEP 99740-000

Nº Telefone (999) 54 3523 26

C.P.F / C.N.P.J. Nº 02.520.829/0001-40

Nº Fax ( )

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail faturamento@dimaster.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 15 DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação SAÚDE

Responsável gustavo

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
088	1250	FR	100.002.00106/FOSFATO SÓDICO DE PREDNISOLONA 3 MG/ML - FRASCO COM 100 ML DE SOLUÇÃO ORAL; MEDICAMENTO GENÉRICO; 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 PRATI	5,7700	7.212,50
189	5000	COM	100.002.00387/METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 10MG BELFAR	0,0630	315,00
043	250	FR	100.002.00018/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. NATULAB	2,5800	645,00

Pedido 7064/2015	Total
	8.172,50
Cancelados (-)	15,80
Descontos (-)	0,00
Impostos (+)	0,00
Valor	8.172,50

(\*) - Itens Cancelados

( OITO MIL E CENTO E SETENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 7064/2015**

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

**Modalidade: 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**

**Processo Nº: 0/2015      Empenho: 20415/2015 - 14/12/2015**

**Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

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

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

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





**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7065/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 0/2015 **Empenho:** 20436/2015 - 14/12/2015  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Fornecedor** 3100 **RP4 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 FARMACÊUTICA  
Validade SESENTA DIAS  
Prazo Entrega 15 DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL  
Garantia .  
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
Aplicação ADMINISTRAÇÃO

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
169	210	COM	100.002.00287/BROMETO DE PINAVERIO 100MG. VALIDADE MINIMA 12 MESES <b>GERMED</b>	1,2500	262,50
058	90	UN	100.002.00054/CELECOXIBE 200 MG. <b>TEUTO</b>	1,9000	171,00
112	84	COM	100.002.00158/CLORIDRATO DE VENLAFAXINA 150 MG. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. COMP. DE LIBERAÇÃO LENTA. <b>EUROFARMA</b>	4,7000	394,80
040	84	COM	100.002.00012/CLORIDRATO DE VENLAFAXINA 75 MG. VALIDADE MINIMA 12 MESES. COMP. DE LIBERAÇÃO LENTA. <b>EUROFARMA</b>	2,7500	231,00
179	84	COM	100.002.00334/DESOGESTREL 75 MCG COMPRIMIDO <b>SANDOZ</b>	0,6000	50,40
184	240	COM	100.002.00361/GLIMEPIRIDA 4MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES <b>EUROFARMA</b>	1,4000	336,00
119	240	COM	100.002.00176/IRBESARTANA 300 MG + HIDROCLOROTIAZIDA 12,5 MG COMPRIMIDO <b>EUROFARMA</b>	1,9500	468,00
109	112	COM	100.002.00155/MESILATO DE CODERGOCRINA 6 MG CAPSULAS DE LIBERAÇÃO LENTA <b>NOVARTIS</b>	3,6500	408,80



Pedido de Compra 7018/2015 - 0

Nº Pedido de Compra: 7065/2015

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

Modalidade: 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 0/2015

Empenho: 20436/2015 - 14/12/2015

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
096	300	ENV	100.002.00129/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. <b>ZODIAC</b>	4,9500	1.485,00
064	90	SAC	100.002.00062/SULFATO DE GLICOSAMINA 1,5 G - SACHES COM 3,95 G <b>NOVAQUIMICA</b>	2,7000	243,00
065	780	CAP	100.002.00063/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 <b>ZODIAC</b>	1,5800	1.232,40
126	56	COM	100.002.00189/VILDAGLIPTINA 50 + CLORIDRATO DE METFORMINA 1000, VALIDADE MÍNIMA 12 MESES <b>NOVARTIS</b>	2,6100	146,16
125	644	COM	100.002.00188/VILDAGLIPTINA 50MG + METFORMINA 850MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES <b>NOVARTIS</b>	2,6100	1.680,84

Pedido 7065/2015	Total	7.109,90
	Cancelados (-)	15,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	7.109,90

(\*) - Itens Cancelados

( SETE MIL E CENTO E NOVE REAIS E NOVENTA CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

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



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7066/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 0/2015      **Empenho:** 20416/2015 - 14/12/2015

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Fornecedor** 5073 **DUPATRI HOSPITALAR COMÉRCIO, IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO**

**Nome Fantasia** **DUPATRI**

**Endereço** AVENIDA JOSÉ SEVERINO, 3530      **Bairro** VEREDA DOS BURITIS  
**Cidade** CATALÃO      **Estado** GO  
**CEP** 75709-616      **Nº Telefone** (013) 3228-8700  
**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 04.027.894/0003-26      **Nº Fax** (013) 3228-8712  
**Inscr. Estadual**      **Inscr. Municipal**

**e-mail** empenho@dupatri.com.br      licitacao2@dupatri.com.br

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL      **Ficha Nº** 600      **Dest. Recurso** 013100000

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

**Unidade Orçamentaria** 11502      ATENÇÃO BÁSICA

**Validade** SESENTA DIAS

**Prazo Entrega** 15 DIAS APÓS EMPENHO

**Prazo de Pagto** 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL

**Garantia** .

**Objeto** AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

**Aplicação** SAÚDE

**Responsável** gustavo

**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
021	1500	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>	4,2500	6.375,00
020	1000	AMP	022.004.00229/DIMENIDRATO, VITAMINA B6, GLICOSE, FRUTOSE, AMPOLA COM 10 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. <b>TAKEDA</b>	2,0900	2.090,00

<b>Pedido 7066/2015</b>	<b>Total</b>	<b>8.465,00</b>
	<b>Cancelados (-)</b>	<b>15,80</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>8.465,00</b>

(\*) - Itens Cancelados

( OITO MIL E QUATROCENTOS E SESENTA E CINCO REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7067/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 0/2015 **Empenho:** 20417/2015 - 14/12/2015  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Fornecedor** 5073 **DUPATRI HOSPITALAR COMÉRCIO, IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO**

**Nome Fantasia** **LTDA DUPATRI**  
**Endereço** AVENIDA JOSÉ SEVERINO, 3530 **Bairro** VEREDA DOS BURITIS  
**Cidade** CATALÃO **Estado** GO  
**CEP** 75709-616 **Nº Telefone** (013) 3228-8700  
**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 04.027.894/0003-26 **Nº Fax** (013) 3228-8712  
**Inscr. Estadual** **Inscr. Municipal**  
**e-mail** empenho@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** SESSENTA DIAS  
**Prazo Entrega** 15 DIAS APÓS EMPENHO **Prazo de Pagto** 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL  
**Garantia** .  
**Objeto** AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
**Aplicação** SAÚDE

**Responsável** gustavo

**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
041	25	FR	100.002.00013/CLORIDRATO DE TETRACAÍNA 1% + CLORIDRATO DE FENILEFRINA 0,1 % ÁCIDO BÓRICO. SOLUÇÃO OFTÁLMICA ESTÉRIL. FRASCO COM CONTA GOTAS DE 10 ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. <b>ALLERGAN</b>	6,0900	152,25
152	700	FRA	100.002.00231/HIDROCORTISONA 500 MG. FRS-AMPOLA COM DILUENTE 2 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. <b>ARISTON</b>	5,9600	4.172,00
042	500	COM	100.002.00016/MALEATO DE LEVOMEPRMAZINA 100 MG COMPRIMIDO <b>SANOFI</b>	0,6970	348,50
045	125000	COM	100.002.00021/PROPATILNITRATO 10MG. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. <b>FARMOQUIMICA</b>	0,3300	41.250,00
198	15000	COM	100.002.00428/SULFATO FERROSO 300 MG. CORRESPONDENDO A 60MG DE FERRO ELEMENTAR EMBALAGEM COM 50 OU 500 DRGS. COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA, REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE E VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. <b>OSORIO DE MORAES</b>	0,0400	600,00
130	120	COM	100.002.00193/INSULINA GLARGINA - REFIL COM 3ML PARA CANETA. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. <b>SANOFI</b>	83,4100	10.009,20



Pedido de Compra 7018/2015 - 0

Nº Pedido de Compra: 7067/2015

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

Modalidade: 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 0/2015

Empenho: 20417/2015 - 14/12/2015

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
131	15	UN	100.002.00194/INSULINA GLARGINA SOLOSTAR 100U/ML - CANETA SANOFI	92,1000	1.381,50

Pedido 7067/2015	Total	57.913,45
	Cancelados (-)	15,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	57.913,45

(\*) - Itens Cancelados

( CINQUENTA E SETE MIL E NOVECENTOS E TREZE REAIS E QUARENTA E CINCO CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7068/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 0/2015 **Empenho:** 20438/2015 - 14/12/2015  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Fornecedor** 3100 **RP4 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 FARMACÊUTICA  
Validade SESENTA DIAS  
Prazo Entrega 15 DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL  
Garantia .  
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
Aplicação ADMINISTRAÇÃO

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
102	20	FR	100.002.00142/DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA 50MCG INALAÇÃO ORAL SPRAY. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CHIESI	30,5000	610,00

Pedido 7068/2015	<b>Total</b>	<b>610,00</b>
	Cancelados (-)	15,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>610,00</b>

(\*) - Itens Cancelados

( SEISCENTOS E DEZ REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 7018/2015 - 0

Nº Pedido de Compra: 7069/2015

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

Modalidade: 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 0/2015 Empenho: 20418/2015 - 14/12/2015

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 5073 DUPATRI HOSPITALAR COMÉRCIO, IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO

Nome Fantasia

LTDA  
DUPATRI

Endereço AVENIDA JOSÉ SEVERINO, 3530

Bairro VEREDA DOS BURITIS

Cidade CATALÃO

Estado GO

CEP 75709-616

Nº Telefone (013) 3228-8700

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

Nº Fax (013) 3228-8712

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail empenho@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 15 DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação SAÚDE

Responsável **gustavo**

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
035	1500	FR	100.002.00004/AMOXICILINA 250 MG + CLAVUNATO 62,5 MG/5 ML PÓ P/SUSPENSÃO ORAL 75 ML <b>SANDOZ</b>	5,7500	8.625,00
174	150	FR	100.002.00307/CLORANFENICOL COLÍRIO 0,5% FR. COM 10 ML. EMBALAGEM INDIVIDUAL COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA. REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. <b>ALLERGAN</b>	6,5300	979,50
087	16500	COM	100.002.00101/CLORIDRATO IMPRAMINA 25 MG - FURP - APRESENTAÇÃO COMPRIMIDO - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES - PORTARIA 344/98 C1 <b>CRISTALIA</b>	0,1500	2.475,00
162	6100	COM	100.002.00262/DISSULFIRAM 250MG <b>SANOFI</b>	0,2700	1.647,00
182	120	UN	100.002.00345/ENOXAPARINA SÓDICA - SOLUÇÃO INJETÁVEL 40 MG/0,4 ML - SERINGA PRÉ-ENCHIDA. <b>SANOFI</b>	15,0300	1.803,60
085	600	COM	100.002.00093/LACTULOSE 667MG/ML. FRASCO COM 120ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. <b>UCIFARMA</b>	6,6400	3.984,00
080	425	TUB	100.002.00086/LIDOCAÍNA 2% GELÉIA TUBO COM 30 GR. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES <b>BRAINFARMA</b>	1,3800	586,50



Pedido de Compra 7018/2015 - 0

Nº Pedido de Compra: 7069/2015

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

Modalidade: 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 0/2015 Empenho: 20418/2015 - 14/12/2015

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
188	4500	COM	100.002.00385/METILFENIDATO, CLORIDRATO 10 MG NOVARTIS	0,8900	4.005,00
044	250	FR	100.002.00020/OXCARBAZEPINA SUSPENSÃO A 6%. FRASCO COM 100ML. INCLUI 1 SERINGA DOSADORA. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. UNIAO QUIMICA	22,4900	5.622,50

Pedido 7069/2015	Total	29.728,10
	Cancelados (-)	15,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	29.728,10

(\*) - Itens Cancelados

( VINTE E NOVE MIL E SETECENTOS E VINTE E OITO REAIS E DEZ CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO





**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7070/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 0/2015      **Empenho:** 20429/2015 - 14/12/2015  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Fornecedor** 10336      **MEDWAY LOG COMERCIO E SERVIÇOS LTDA**  
**Nome Fantasia**      **MEDWAY LOG**  
Endereço AV DR MESSIAS DE BARROS, 370      Bairro DISTRITO INDUSTRIAL  
Cidade VARGINHA      Estado MG  
CEP 37072-003      Nº Telefone (035) 2105 3999  
C.P.F / C.N.P.J. Nº 11.735.488/0001-11      Nº Fax ( )  
Inscr. Estadual      Inscr. Municipal  
e-mail carlos@medwaylog.com.br elisa@medwaylog.com.br

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL      **Ficha Nº** 600      **Dest. Recurso** 013100000  
Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
Unidade Orçamentaria 11502      ATENÇÃO BÁSICA  
Validade SESENTA DIAS  
Prazo Entrega 15 DIAS APÓS EMPENHO      Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL  
Garantia .  
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
Aplicação ADMINISTRAÇÃO

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
025	1100	AMP	022.004.00273/ÁGUA PARA INJEÇÃO AMPOLA 10 ML. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. <b>SAMTEC</b>	0,2000	220,00
016	25	AMP	022.004.00211/BICARBONATO DE SÓDIO 8, 4% AMPOLA. 10 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. <b>SAMTEC</b>	0,4500	11,25
028	25	FR	022.004.00355/BROMETO DE FENOTEROL 5MG/ML. SOLUÇÃO ORAL GOTAS. FRASCO COM 20 ML. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. <b>PRATI</b>	2,4800	62,00
024	700	AMP	022.004.00248/GLICOSE 50% AMPOLA COM 10 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. <b>SAMTEC</b>	0,3000	210,00
007	500	UN	022.004.00052/SORO FISIOLÓGICO 0,9% AMPOLAS COM 10 ML .EMBALAGEM INDIVIDUAL COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA. VALIDADE MINIMA 12 MESES. <b>SAMTEC</b>	0,1900	95,00

<b>Pedido 7070/2015</b>	<b>Total</b>	<b>598,25</b>
	Cancelados (-)	15,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>598,25</b>

(\*) - Itens Cancelados

( QUINHENTOS E NOVENTA E OITO REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 7070/2015**

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

**Modalidade: 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**

**Processo Nº: 0/2015      Empenho: 20429/2015 - 14/12/2015**

**Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

---

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

---

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

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



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7071/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 0/2015      **Empenho:** 20421/2015 - 14/12/2015  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Fornecedor** 10335      **INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA**  
**Nome Fantasia**  
Endereço RUA DR SIDNEY GUERRA, 283      Bairro LINHO  
Cidade ERECHIM      Estado RS  
CEP 99701-760      Nº Telefone (054) 3522 4273  
C.P.F / C.N.P.J. Nº 12.889.035/0001-02      Nº Fax ( )  
Inscr. Estadual      Inscr. Municipal  
e-mail aledojabaquara@gmail.com licitacao02@inovamed-rs.c

**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 15 DIAS APÓS EMPENHO      Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL  
Garantia .  
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
Aplicação SAÚDE

Responsável **gustavo**

**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
049	21	FR	100.002.00028/CEFTRIAXONA 1G IM 1G INJETÁVEL. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES <b>BIOCHIMICO</b>	4,5000	94,50
091	600	AMP	100.002.00121/FUROSEMIDA 20 MG AMPOLA COM 2 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES <b>SANTISA</b>	0,4250	255,00
078	100	AMP	100.002.00083/GENTAMICINA 80 MG. AMPOLA COM 2 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. <b>SANTISA</b>	0,6000	60,00
187	2500	COM	100.002.00383/METILDOPA 250MG COMPRIMIDOS. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES <b>TKS FARMACEUTICA</b>	0,1300	325,00

<b>Pedido 7071/2015</b>	<b>Total</b>	<b>734,50</b>
	Cancelados (-)	15,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>734,50</b>

(\*) - Itens Cancelados

( SETECENTOS E TRINTA E QUATRO REAIS E CINQUENTA CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 7071/2015**

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

**Modalidade: 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**

**Processo Nº: 0/2015      Empenho: 20421/2015 - 14/12/2015**

**Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

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

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

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



Pedido de Compra 7018/2015 - 0

Nº Pedido de Compra: 7072/2015

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

Modalidade: 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 0/2015 Empenho: 20431/2015 - 14/12/2015

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 10336 MEDWAY LOG COMERCIO E SERVIÇOS LTDA

Nome Fantasia MEDWAY LOG

Endereço AV DR MESSIAS DE BARROS, 370

Bairro DISTRITO INDUSTRIAL

Cidade VARGINHA

Estado MG

CEP 37072-003

Nº Telefone (035) 2105 3999

C.P.F / C.N.P.J. Nº 11.735.488/0001-11

Nº Fax ( )

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail carlos@medwaylog.com.br elisa@medwaylog.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 15 DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação ADMINISTRAÇÃO

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
140	31500	COM	100.002.00204/IBUPROFENO 600 MG TEUTO	0,0580	1.827,00
145	270	UN	100.002.00210/ATENOLOL 50 MG + CLORTALIDONA 12,5 MG E.M.S	0,1100	29,70
038	210	COM	100.002.00008/CARVEDILOL 12,5 MG, PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES ACTAVIS	0,2700	56,70
098	240	COM	100.002.00137/CARVEDILOL 25 MG. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. ACTAVIS	0,4200	100,80
039	270	COM	100.002.00009/CARVEDILOL 3,125 MG. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. ACTAVIS	0,3300	89,10
202	60	COM	100.002.00466/CILOSTAZOL 50MG COMPRIMIDO. VALIDADE MINIMA 12 MESES EUROFARMA	0,2600	15,60
176	90	COM	100.002.00316/CLORIDRATO DE CICLOBENZAPRINA 10 MG COMPRIMIDO E.M.S	0,2100	18,90
068	240	COM	100.002.00067/CLORIDRATO DE MEMANTINA 10MG TEUTO	0,3400	81,60
107	6	FR	100.002.00152/COLECALCIFEROL (VITAMINA D3) 3300 UI/ML GOTAS 10 ML. NEO QUIMICA	19,9300	119,58



Pedido de Compra 7018/2015 - 0

Nº Pedido de Compra: 7072/2015

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

Modalidade: 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 0/2015 Empenho: 20431/2015 - 14/12/2015

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
168	30	COM	100.002.00283/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 <b>EUROFARMA</b>	0,3200	9,60
108	90	COM	100.002.00154/DIVALPROATO DE SÓDIO 500MG, COMP. DE LIBERAÇÃO LENTA. <b>ZYDUS</b>	0,8200	73,80
180	480	COM	100.002.00341/DOMPERIDONA 10MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. <b>E.M.S</b>	0,1100	52,80
069	196	UN	100.002.00068/DULOXETINA 60 MG <b>E.M.S</b>	2,6000	509,60
077	120	COM	100.002.00082/ESPIRONOLACTONA 25 MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. <b>EUROFARMA</b>	0,1800	21,60
113	30	COM	100.002.00160/GLICAZIDA 30MG COMPRIMIDOS DE LIBERAÇÃO LENTA. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES <b>SERVIER/DIAMICRON</b>	0,2600	7,80
116	60	COM	100.002.00172/GLICAZIDA 60 MG, COMPRIMIDOS, VALIDADE MÍNIMA 12 MESES <b>SERVIER/DIAMICRON</b>	0,2700	16,20
205	112	COM	100.002.00480/LOSARTANA POTASSICA 25 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 <b>BIOLAB/ARADOIS</b>	0,2500	28,00
191	240	COM	100.002.00391/MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 20 MG <b>ZYDUS</b>	0,0800	19,20
071	90	COM	100.002.00071/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 <b>ZYDUS</b>	0,5300	47,70

**Pedido de Compra 7018/2015 - 0****Nº Pedido de Compra: 7072/2015****Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT****Modalidade: 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL****Processo Nº: 0/2015****Empenho: 20431/2015 - 14/12/2015****Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

<b>Item Nº</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Un.Med.</b>	<b>Especificação</b>	<b>Valor Unitário</b>	<b>Valor Total</b>
094	150	COM	100.002.00126/OXCARBAZEPINA 300MG. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. <b>RANBAXY</b>	0,3500	52,50
100	658	COM	100.002.00140/PANTOPRAZOL 40 MG COMPRIMIDO <b>E.M.S</b>	0,2600	171,08
194	150	COM	100.002.00407/PARACETAMOL 750 MG <b>PRATI</b>	0,0700	10,50
197	120	COM	100.002.00419/ROSUVASTATINA 10MG (COMPRIMIDO) <b>SANDOZ</b>	0,6400	76,80
154	150	COM	100.002.00233/SINVASTATINA 20 MG COMPRIMIDO <b>SANDOZ</b>	0,1000	15,00
163	168	COM	100.002.00267/VALSARTANA 160 MG + HIDROCLOROTIAZIDA 12,5 MG <b>NOVA QUIMICA</b>	0,7600	127,68
137	280	COM	100.002.00200/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 <b>NEO QUIMICA</b>	0,3400	95,20
048	240	COM	100.002.00024/VARFARINA SÓDICA 5MG. VALIDADE MINIMA 12 MESES. <b>TEUTO</b>	0,1400	33,60

<b>Pedido 7072/2015</b>	<b>Total</b>	<b>3.707,64</b>
	Cancelados (-)	15,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>3.707,64</b>

(\*) - Itens Cancelados

**( TRÊS MIL E SETECENTOS E SETE REAIS E SESSENTA E QUATRO CENTAVOS )**

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

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

**Pedido de Compra 7018/2015 - 0****Nº Pedido de Compra: 7073/2015****Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 0/2015 **Empenho:** 20424/2015 - 14/12/2015**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Fornecedor 10335 INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA****Nome Fantasia**

Endereço RUA DR SIDNEY GUERRA, 283

Bairro LINHO

Cidade ERECHIM

Estado RS

CEP 99701-760

Nº Telefone (054) 3522 4273

C.P.F / C.N.P.J. Nº 12.889.035/0001-02

Nº Fax ( )

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail aledojobaquara@gmail.com licitacao02@inovamed-rs.c

**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 15 DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação SAÚDE

Responsável **gustavo****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
171	1600	FR	100.002.00290/BROMOPRIDA 4 MG/ML SOLUÇÃO ORAL, 20 ML MARIOL	0,8140	1.302,40
053	26000	COM	100.002.00036/ENALAPRIL, MALEATO 5 MG CIMED	0,0400	1.040,00
148	35000	COM	100.002.00217/LEVOTIROXINA SÓDICA 50 MCG COMPRIMIDO MERCK	0,0920	3.220,00

<b>Pedido 7073/2015</b>	<b>Total</b>	<b>5.562,40</b>
	Cancelados (-)	15,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>5.562,40</b>

(\*) - Itens Cancelados

( CINCO MIL E QUINHENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E QUARENTA CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

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





**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7074/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 0/2015 **Empenho:** 20434/2015 - 14/12/2015  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Fornecedor** 5234 **PRATI, DONADUZZI & CIA LTDA**  
**Nome Fantasia** **PRATI, DONADUZZI**  
**Endereço** RUA MITSUGORO TANAKA, Nº 145 **Bairro** Centro Industrial Nilton Arruda  
**Cidade** TOLEDO **Estado** PR  
**CEP** 85903-630 **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** 8136  
**e-mail** empenho1@pratidonaduzzi.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** 15 DIAS APÓS EMPENHO **Prazo de Pagto** 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL  
**Garantia** .  
**Objeto** AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
**Aplicação** SAÚDE

Responsável **gustavo**

**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
166	300	FR	100.002.00278/AMOXICILINA SUSPORAL 250MG/5ML FRASCO 150ML <b>PRATI-DONADUZZI</b>	3,4000	1.020,00
143	27500	COM	100.002.00207/METFORMINA 500 MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. <b>PRATI-DONADUZZI</b>	0,0480	1.320,00
046	850	FR	100.002.00022/SULFATO DE SALBUTAMOL 2MG/5ML XAROPE + COPO, FRASCO COM 120ML. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. <b>PRATI-DONADUZZI</b>	0,9000	765,00
047	6500	COM	100.002.00023/SULFATO FERROSO 40MG <b>PRATI-DONADUZZI</b>	0,0300	195,00

<b>Pedido 7074/2015</b>	<b>Total</b>	<b>3.300,00</b>
	Cancelados (-)	15,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	<b>3.300,00</b>

(\*) - Itens Cancelados

( TRÊS MIL E TREZENTOS REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 7018/2015 - 0

Nº Pedido de Compra: 7075/2015

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

Modalidade: 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 0/2015 Empenho: 20435/2015 - 14/12/2015

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 5234 PRATI, DONADUZZI & CIA LTDA  
Nome Fantasia PRATI, DONADUZZI  
Endereço RUA MITSUGORO TANAKA, Nº 145 Bairro Centro Industrial Nilton Arruda  
Cidade TOLEDO Estado PR  
CEP 85903-630 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 8136  
e-mail empenho1@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 FARMACÊUTICA  
Validade SESENTA DIAS  
Prazo Entrega 15 DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL  
Garantia .  
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
Aplicação SAÚDE

Responsável **gustavo**

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
151	11000	COM	100.002.00223/ALOPURINOL 300 MG PRATI-DONADUZZI	0,0990	1.089,00
166	400	FR	100.002.00278/AMOXICILINA SUSPORAL 250MG/5ML FRASCO 150ML PRATI-DONADUZZI	3,4000	1.360,00
036	55000	COM	100.002.00005/ATENOLOL 50MG - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES PRATI-DONADUZZI	0,0269	1.479,50
037	10500	COM	100.002.00006/AZITROMICINA 500 MG PRATI-DONADUZZI	0,3600	3.780,00
138	2000	COM	100.002.00202/CETOCONAZOL 200 MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. PRATI-DONADUZZI	0,0980	196,00
156	550	COM	100.002.00246/FLUCONAZOL 150MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES PRATI-DONADUZZI	0,1770	97,35
141	500	COM	100.002.00205/ITRACONAZOL 100 MG. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES PRATI-DONADUZZI	0,4500	225,00
142	1600	FR	100.002.00206/LORATADINA SOLUÇÃO ORAL 1 MG/ML. 100 ML. PRATI-DONADUZZI	1,5000	2.400,00
190	300	BGA	100.002.00390/METRONIDAZOL GELEIA VAGINAL 500MG/5G; BISNAGA COM 50G + APLICADOR PRATI-DONADUZZI	3,0500	915,00



Pedido de Compra 7018/2015 - 0

Nº Pedido de Compra: 7075/2015

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

Modalidade: 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 0/2015 Empenho: 20435/2015 - 14/12/2015

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
144	1150	BGA	100.002.00208/NEOMICINA + BACITRACINA 5MG/250UI. COM 10GR DE POMADA. COM VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. PRATI-DONADUZZI	0,7900	908,50

Pedido 7075/2015	Total	12.450,35
	Cancelados (-)	15,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	12.450,35

(\*) - Itens Cancelados

( DOZE MIL E QUATROCENTOS E CINQUENTA REAIS E TRINTA E CINCO CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7076/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 0/2015 **Empenho:** 20433/2015 - 14/12/2015  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Fornecedor** 10336 **MEDWAY LOG COMERCIO E SERVIÇOS LTDA**  
**Nome Fantasia** MEDWAY LOG

**Endereço** AV DR MESSIAS DE BARROS, 370 **Bairro** DISTRITO INDUSTRIAL  
**Cidade** VARGINHA **Estado** MG  
**CEP** 37072-003 **Nº Telefone** (035) 2105 3999  
**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 11.735.488/0001-11 **Nº Fax** ( )  
**Inscr. Estadual** **Inscr. Municipal**  
**e-mail** carlos@medwaylog.com.br elisa@medwaylog.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** 15 DIAS APÓS EMPENHO

**Prazo de Pagto** 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL

**Garantia** .

**Objeto** AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

**Aplicação** SAÚDE

**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:**

<b>Item Nº</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Un.Med.</b>	<b>Especificação</b>	<b>Valor Unitário</b>	<b>Valor Total</b>
073	2750	FR	100.002.00074/AMBROXOL, CLORIDRATO 15 MG/5 ML XAROPE, 120 ML <b>MARIOL</b>	2,5000	6.875,00
207	200	FR	100.002.00483/CEFALEXINA SUSPENSÃO ORAL 125 MG / 5 ML FRS 60ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES <b>NEOQUIMICA</b>	6,0500	1.210,00
146	350	FR	100.002.00213/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. <b>MARIOL</b>	1,2800	448,00
181	1000	COM	100.002.00343/CLORIDRATO DE DOXICICLINA 100MG. EMBALAGEM CAIXA COM 500 COMPRIMIDOS. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. <b>PHARLAB/DOXICLIN</b>	0,1200	120,00
079	2500	COM	100.002.00085/LEVODOPA 250 MG + CARBIDOPA 25 MG. COMPRIMIDO <b>TEUTO</b>	0,2800	700,00
149	20	AMP	100.002.00220/MIDAZOLAN 15 MG /3 ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - 3 ML - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES <b>HIPOLABOR</b>	1,1900	23,80



Pedido de Compra 7018/2015 - 0

Nº Pedido de Compra: 7076/2015

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

Modalidade: 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 0/2015 Empenho: 20433/2015 - 14/12/2015

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
192	3500	COM	100.002.00396/NIFEDIPINA 20MG COMPRIMIDO, LIBERAÇÃO LENTA; VALIDADE MÍNIMA 12 MESES <b>MEDQUIMICA/NIFEDI PRESS</b>	0,0800	280,00
083	5250	COM	100.002.00090/NITROFURANTOINA 100MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. <b>TEUTO</b>	0,1790	939,75
193	270	COM	100.002.00402/OXCARBAZEPINA 600 MG.VALIDADE MINIMA 12 MESES. <b>RANBAXY</b>	0,7150	193,05

Pedido 7076/2015	Total	10.789,60
	Cancelados (-)	15,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	10.789,60

(\* ) - Itens Cancelados

( DEZ MIL E SETECENTOS E OITENTA E NOVE REAIS E SESSENTA CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



\*\*\* PEDIDO CANCELADO \*\*\*

Nº Pedido de Compra: 7077/2015  
Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
Modalidade: 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
Processo Nº: 7130/2015 Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
Anulação de Empenho: 20953/2015

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 FARMACÉUTICA  
Validade SESENTA DIAS  
Prazo Entrega 15 DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL  
Garantia .  
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
Aplicação DEPTO DE SAÚDE

Responsável **gustavo**

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 *	20000	COM	100.002.00190/'ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100 MG; COMPRIMIDOS TAMPONADOS' EMS	0,0400	8.000,00
<b>Pedido 7077/2015</b>				<b>Total</b>	<b>8.000,00</b>
				Cancelados (-)	8.015,80
				Descontos (-)	0,00
				Impostos (+)	0,00
				<b>Valor</b>	<b>8.000,00</b>

(\* ) - Itens Cancelados

( OITO MIL REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7078/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 7139/2015 **Empenho:** 20423/2015 - 14/12/2015  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Fornecedor 10335 INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA****Nome Fantasia**

Endereço RUA DR SIDNEY GUERRA, 283 Bairro LINHO  
 Cidade ERECHIM Estado RS  
 CEP 99701-760 Nº Telefone (054) 3522 4273  
 C.P.F / C.N.P.J. Nº 12.889.035/0001-02 Nº Fax ( )  
 Inscr. Estadual Inscr. Municipal  
 e-mail aledojabaquara@gmail.com licitacao02@inovamed-rs.c

**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 115 DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL  
 Garantia .  
 Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
 Aplicação SAÚDE

Responsável **gustavo****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	660	COM	100.002.00030/'CILOSTAZOL 100MG, VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES' EUROFARMA	0,3800	250,80

Pedido 7078/2015	<b>Total</b>	250,80
	Cancelados (-)	8.015,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	250,80

(\*) - Itens Cancelados

( DUZENTOS E CINQUENTA REAIS E OITENTA CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
 DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7079/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 7139/2015 **Empenho:** 20426/2015 - 14/12/2015  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Fornecedor** 10335 **INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA**

**Nome Fantasia**

Endereço RUA DR SIDNEY GUERRA, 283 Bairro LINHO  
 Cidade ERECHIM Estado RS  
 CEP 99701-760 Nº Telefone (054) 3522 4273  
 C.P.F / C.N.P.J. Nº 12.889.035/0001-02 Nº Fax ( )  
 Inscr. Estadual Inscr. Municipal  
 e-mail aledojabaquara@gmail.com licitacao02@inovamed-rs.c

**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 15 DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL  
 Garantia .]  
 Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
 Aplicação SAÚDE

Responsável **gustavo**

**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	630	COM	100.002.00030/'CILOSTAZOL 100MG, VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES' EUROFARMA	0,3900	245,70

Pedido 7079/2015	<b>Total</b>	245,70
	Cancelados (-)	8.015,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	<b>Valor</b>	245,70

(\*) - Itens Cancelados

( DUZENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS E SETENTA CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**

(Página: 81 / 88)

Sistema CECAM

Data: 21/06/2016 16:14

Sistema CECAM

**Pedido de Compra 7018/2015 - 0****Nº Pedido de Compra:** 7080/2015**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 0 **Empenho:** 20428/2015 - 14/12/2015**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Fornecedor** 10335 **INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA****Nome Fantasia**

Endereço RUA DR SIDNEY GUERRA, 283

Bairro LINHO

Cidade ERECHIM

Estado RS

CEP 99701-760

Nº Telefone (054) 3522 4273

C.P.F / C.N.P.J. Nº 12.889.035/0001-02

Nº Fax ( )

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail aledojabaquara@gmail.com licitacao02@inovamed-rs.c

**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 15 DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação SAÚDE

Responsável **gustavo****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	25000	COM	100.002.00089/'MALEATO ENALAPRIL 20 MG - COMPRIMIDO - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES' CIMED	0,0400	1.000,00

Pedido 7080/2015	<b>Total</b>	<b>1.000,00</b>
	<b>Cancelados (-)</b>	<b>8.015,80</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>1.000,00</b>

(\*) - Itens Cancelados

( UM MIL REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

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

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**

(Página: 82 / 88)

**Sistema CECAM**  
Data: 21/06/2016 16:14  
Sistema CECAM

Pedido de Compra 7018/2015 - 0

Nº Pedido de Compra: 7081/2015  
 Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
 Modalidade: 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
 Processo Nº: 0 Empenho: 20419/2015 - 14/12/2015

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 5073 DUPATRI HOSPITALAR COMÉRCIO, IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO

Nome Fantasia

LTDA  
DUPATRI

Endereço AVENIDA JOSÉ SEVERINO, 3530

Bairro VEREDA DOS BURITIS

Cidade CATALÃO

Estado GO

CEP 75709-616

Nº Telefone (013) 3228-8700

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

Nº Fax (013) 3228-8712

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail empemho@dupati.com.br licitacao2@dupati.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 SESSENTA DIAS

Prazo Entrega 15 DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação SAÚDE

Responsável **gustavo**

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	COM	100.002.00157/'CLOPIDOGREL 75 MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES.' <b>SANDOZ</b>	0,3800	190,00
002	2600	COM	100.002.00259/'MONONITRATO DE ISSORBIDA 40 MG' <b>ZYDUS</b>	0,1050	273,00

Pedido 7081/2015	<b>Total</b>	<b>463,00</b>
	<b>Cancelados (-)</b>	<b>8.015,80</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>463,00</b>

(\*) - Itens Cancelados

( QUATROCENTOS E SESENTA E TRÊS REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 7082/2015  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 7136/2015 **Empenho:** 20413/2015 - 14/12/2015  
**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 1 Inscr. Municipal 1  
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 FARMACÊUTICA  
Validade SESENTA DIAS  
Prazo Entrega 15 DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL  
Garantia .  
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
Aplicação SAÚDE

Responsável **gustavo**

**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	7000	COM	100.002.00314/'CLORIDRATO DE AMIODARONA 200MG - APRESENTAÇÃO COMPRIMIDOS - VALIDADE MINIMA 12 MESES.' <b>GEOLAB</b>	0,2510	1.757,00
<b>Pedido 7082/2015</b>				<b>Total</b>	<b>1.757,00</b>
				Cancelados (-)	8.015,80
				Descontos (-)	0,00
				Impostos (+)	0,00
				<b>Valor</b>	<b>1.757,00</b>

(\* ) - Itens Cancelados

( UM MIL E SETECENTOS E CINQUENTA E SETE REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 7018/2015 - 0

Nº Pedido de Compra: 7083/2015  
 Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
 Modalidade: 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
 Processo Nº: 7141/2015 Empenho: 20432/2015 - 14/12/2015  
 Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 10336 MEDWAY LOG COMERCIO E SERVIÇOS LTDA  
 Nome Fantasia MEDWAY LOG  
 Endereço AV DR MESSIAS DE BARROS, 370 Bairro DISTRITO INDUSTRIAL  
 Cidade VARGINHA Estado MG  
 CEP 37072-003 Nº Telefone (035) 2105 3999  
 C.P.F / C.N.P.J. Nº 11.735.488/0001-11 Nº Fax ( )  
 Inscr. Estadual Inscr. Municipal  
 e-mail carlos@medwaylog.com.br elisa@medwaylog.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 15 DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL  
 Garantia .  
 Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
 Aplicação SAÚDE

Responsável **gustavo**

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	COM	100.002.00259/'MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 40 MG' ZYDUS	0,1200	7,20

Pedido 7083/2015	Total	7,20
	Cancelados (-)	8.015,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	7,20

(\* ) - Itens Cancelados

( SETE REAIS E VINTE CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI  
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICITAÇÃO

LUIZ CARLOS SARTORI  
 DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**

**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

Nº Pedido de Compra: **7084/2015**  
Categoria Econômica: **3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT**  
Modalidade: **120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**  
Processo Nº: **7135/2015 Empenho: 20409/2015 - 14/12/2015**  
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 **10.502.250-0**  
e-mail **licitacoes@mafrahospitalar.com.br ; vitor.mattos@m**

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 **15 DIAS APÓS EMPENHO** Prazo de Pagto **15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL**  
Garantia **.**  
Objeto **AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
Aplicação **SAÚDE**

Responsável **gustavo**

**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	5	UN	100.002.00184/'INSULINA ASPART - NOVORAPID FLEX PEN. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES' <b>NOVO NORDIKS</b>	32,6900	163,45

Pedido 7084/2015	Total	163,45
	Cancelados (-)	8.015,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	163,45

(\*) - Itens Cancelados

( CENTO E SESSENTA E TRÊS REAIS E QUARENTA E CINCO CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015

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

**LUIZ CARLOS SARTORI**  
DIRETOR DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 7018/2015 - 0

Nº Pedido de Compra: 7085/2015

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

Modalidade: 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 7142/2015 Empenho: 20437/2015 - 14/12/2015

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 3100 RP4 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 FARMACÊUTICA  
Validade SESENTA DIAS  
Prazo Entrega 15 DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL  
Garantia .  
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
Aplicação SAÚDE

Responsável **gustavo**

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	448	COM	100.002.00157/'CLOPIDOGREL 75 MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES.' <b>SANDOZ</b>	2,2000	985,60
002	240	COM	100.002.00314/'CLORIDRATO DE AMIODARONA 200MG - APRESENTAÇÃO COMPRIMIDOS - VALIDADE MINIMA 12 MESES.' <b>BIOSINETICA</b>	0,6500	156,00
003	20	UN	100.002.00184/'INSULINA ASPART - NOVORAPID FLEX PEN. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES' <b>NOVONORDISK</b>	28,7000	574,00
004	5	UN	100.002.00186/'INSULINA DETEMIR CANETA COM 3ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES.' <b>NOVONORDISK</b>	61,0000	305,00
005	240	COM	100.002.00089/'MALEATO ENALAPRIL 20 MG - COMPRIMIDO - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES' <b>GERMED</b>	0,8600	206,40

Pedido 7085/2015	Total	2.227,00
	Cancelados (-)	8.015,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	2.227,00

(\*) - Itens Cancelados

( DOIS MIL E DUZENTOS E VINTE E SETE REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 7085/2015**

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

**Modalidade: 120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**

**Processo Nº: 7142/2015 Empenho: 20437/2015 - 14/12/2015**

**Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

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

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

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



**Pedido de Compra 7018/2015 - 0**

Nº Pedido de Compra: **7086/2015**  
 Categoria Econômica: **3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT**  
 Modalidade: **120/2015 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**  
 Processo Nº: **7142/2015** Empenho: **20439/2015 - 14/12/2015**  
 Vínculo: **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Fornecedor **3100 RP4 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

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 **15 DIAS APÓS EMPENHO** Prazo de Pagto **15 (QUINZE) DIAS APÓS NOTA FISCAL**  
 Garantia .  
 Objeto **AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
 Aplicação **SAÚDE**

Responsável **gustavo**

**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	40	UN	100.002.00186/'INSULINA DETEMIR CANETA COM 3ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES.' NOVNORDISK	60,6000	2.424,00

Pedido 7086/2015	<b>Total</b>	<b>2.424,00</b>
	Cancelados (-)	<b>8.015,80</b>
	Descontos (-)	<b>0,00</b>
	Impostos (+)	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>2.424,00</b>

(\*) - Itens Cancelados

**( DOIS MIL E QUATROCENTOS E VINTE E QUATRO REAIS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Dezembro de 2015**

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

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