



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5155/2017
Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT
Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO
Processo Nº: 4656/2017 **Empenho:** 12621/2017 - 20/07/2017
Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 423 **INTERLAB FARMACÊUTICA LTDA**
Nome Fantasia
Endereço AV. ÁGUA FRIA Nº 981 Bairro ÁGUA FRIA
Cidade SÃO PAULO Estado SP
CEP 02333-001 Nº Telefone (011) 2997-9177
C.P.F / C.N.P.J. Nº 43.295.831/0001-40 Nº Fax (011) 2204-5996
Inscr. Estadual 108.698.639.115 Inscr. Municipal
e-mail interlab@interlab.com.br, <cadastro@interlab.com.br>

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE **Ficha Nº 811 Dest. Recurso**

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902
Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Validade CONFORME EDITAL
Prazo Entrega CONFORME EDITAL Prazo de Pagto CONFORME EDITAL
Garantia CONFORME EDITAL
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **lic-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 | 9000 | COM | 100.002.00017/CLORIDRATO DE METILFENIDATO 10MG, COMP. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 844241 ANOVIS | 0,9350 | 8.415,00 |

| | | |
|-------------------------|----------------------|-----------------|
| Pedido 5155/2017 | Total | 8.415,00 |
| | Descontos (-) | 0,00 |
| | Impostos (+) | 0,00 |
| | Valor | 8.415,00 |

(OITO MIL E QUATROCENTOS E QUINZE REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 19 de Julho de 2017

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LIC

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5156/2017

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

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4657/2017 **Empenho:** 12622/2017 - 20/07/2017

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 432 T.R.M COMERCIAL DE MEDICAMENTOS LTDA

Nome Fantasia

TRM

Endereço RUA DAVID DE CARVALHO, 344/350

Bairro VILA VALENTIM

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13873-020

Nº Telefone (019) 3633-2602

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

Nº Fax (019) 3623-1076

Inscr. Estadual 639.053.945.110

Inscr. Municipal

e-mail administrativo@trmcom.com.br; gerencia@trmcom

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE

Ficha Nº 811

Dest. Recurso

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Validade CONFORME EDITAL

Prazo Entrega CONFORME EDITAL

Prazo de Pagto CONFORME EDITAL

Garantia CONFORME EDITAL

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **lic-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 | 12000 | COM | 100.002.00132/ÁCIDO FÓLICO 5MG. CÓDIGO BEC: 103292 NATULAB | 0,0366 | 439,20 |
| 002 | 500 | FR | 100.002.00347/ESCOPOLAMINA + DAPIRONA 6,67 MG+333,4 MG/ML GOTAS, 20 ML. CÓDIGO BEC: 165174 NATULAB | 5,8000 | 2.900,00 |
| 003 | 25 | FR | 100.002.00264/FOSFATO DE SÓDIO MONOBÁSICO 160 MG/ML + FOSFATO DE SÓDIO DIBÁSICO 60 MG/ML, FRASCO COM 130 ML. CÓDIGO BEC: 486280 NATULAB | 4,2000 | 105,00 |
| 004 | 1400 | FR | 100.002.00084/IBUPROFENO GOTAS 50 MG/ ML, 30 ML. CÓDIGO BEC: 2022605 NATULAB | 0,9550 | 1.337,00 |
| 005 | 180 | FR | 100.002.00382/MEBENDAZOL 100MG/5ML SUSPENSÃO ORAL. CÓDIGO BEC: 486833 NATULAB | 0,9200 | 165,60 |
| 006 | 100 | BGA | 100.002.00208/NEOMICINA + BACITRACINA 5MG/250UI. COM 10GR DE POMADA. COM VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 292168 PRATI DONADUZZI | 1,1000 | 110,00 |



Nº Pedido de Compra: 5156/2017

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

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4657/2017 Empenho: 12622/2017 - 20/07/2017

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|---|----------------|-------------|
| 007 | 500 | FR | 100.002.00254/POLIVITAMÍNICO GOTAS SOLUÇÃO ORAL; CÓDIGO BEC: 3790223 NATURELIFE | 6,4000 | 3.200,00 |
| 008 | 1500 | FR | 100.002.00411/PREDNISOLONA SOLUÇÃO ORAL 3MG/ML, 100ML, VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 1067818 PRATI DONADUZZI | 6,2000 | 9.300,00 |
| 009 | 1200 | FR | 100.002.00044/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. CÓDIGO BEC: 4614704 SANOBIOL | 1,5400 | 1.848,00 |
| 010 | 1400 | FR | 100.002.00045/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. CÓDIGO BEC: 1563610 SANOBIOL | 1,9500 | 2.730,00 |
| 011 | 600 | UN | 100.002.00046/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. CÓDIGO BEC: 1980173 SANOBIOL | 2,3000 | 1.380,00 |
| 012 | 60 | FR | 100.002.00055/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. CÓDIGO BEC: 191329 SANOBIOL | 2,2100 | 132,60 |
| 013 | 60 | FR | 100.002.00042/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. CÓDIGO BEC: 3532763 SANOBIOL | 2,7500 | 165,00 |

| | | |
|------------------|---------------|-----------|
| Pedido 5156/2017 | Total | 23.812,40 |
| | Descontos (-) | 0,00 |
| | Impostos (+) | 0,00 |
| | Valor | 23.812,40 |



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5156/2017

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

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4657/2017 **Empenho:** 12622/2017 - 20/07/2017

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

(VINTE E TRÊS MIL E OITOCENTOS E DOZE REAIS E QUARENTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 19 de Julho de 2017

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LIC

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5157/2017

Global/Estimativo

Categoria Econômica: 4.4.90.51.99 - OBRAS E INSTALAÇÕES

Modalidade: 3/2017 - TP-O TOMADA DE PREÇOS / OBRAS

Processo Nº: 4659/2017 **Empenho:** 12522/2017 - 19/07/2017

Vínculo: RECURSOS FEDERAIS

Fornecedor 10732 VERDEBIANCO ENGENHARIA EIRELI - ME

Nome Fantasia VERDEBIANCO

Endereço R GOMES DE CARVALHO, 892 - COJ 25

Bairro VILA OLÍMPIA

Cidade SÃO PAULO

Estado SP

CEP 04547-003

Nº Telefone (011) 3044-1495

C.P.F / C.N.P.J. Nº 03.992.945/0001-25

Nº Fax ()

Inscr. Estadual 147.413.613.116

Inscr. Municipal 2.940.914-4

e-mail verdebianco@verdebianco.com.br

Local de Entrega CONFORME CONTRATO

Ficha Nº 966

Dest. Recurso 051000107

Endereço CONFORME CONTRATO

Unidade Orçamentaria 10301 GABINETE DO DIRETOR - PLANEJAMENTO

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 117/17

Objeto CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA EXECUÇÃO DE SERVIÇOS DE INFRAESTRUTURA, PAVIMENTAÇÃO ASFÁLTICA E GALERIA DE ÁGUAS PLUVIAIS NO JARDIM EUROPA, COM FORNECIMENTO DE MÃO DE OBRA E MATERIAL

Aplicação APD

Nº Requisição 5173/2017

Nº Contrato 117 / 2017

Responsável tamyres

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 | 103.001.00026/SERVIÇOS DE OBRAS DE INFRAESTRUTURA, PAVIMENTAÇÃO ASFÁLTICA E GALERIAS DE ÁGUAS PLUVIAIS - Obras de infraestrutura, pavimentação asfáltica, rede de água fria, esgoto, galeria de águas pluviais e sinalização no prolongamento da Rua Paulino Gomes de Abreu até a Avenida Marginal - Jardim Europa, Nº do Convênio 1.027.883-87/2015MC - O PAGAMENTO SERÁ LIBERADO DE ACORDO COM A LIBERAÇÃO PELA UNIÃO - | 245.850,0000 | 245.850,00 |

| | | |
|-------------------------|----------------------|-------------------|
| Pedido 5157/2017 | Total | 245.850,00 |
| | Descontos (-) | 0,00 |
| | Impostos (+) | 0,00 |
| | Valor | 245.850,00 |

(DUZENTOS E QUARENTA E CINCO MIL E OITOCENTOS E CINQUENTA REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 19 de Julho de 2017



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5158/2017

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

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4658/2017 **Empenho:** 12623/2017 - 20/07/2017

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 557 LUMAR COMÉRCIO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA

Nome Fantasia LUMAR DISTRIBUIDORA

Endereço AV. WILSON BEGO, 745

Bairro DISTRITO INDUSTRIAL

Cidade FRANCA

Estado SP

CEP 14406-091

Nº Telefone (016) 3721-1102

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

Nº Fax (016) 3721-1102

Inscr. Estadual 310.049.440.111

Inscr. Municipal

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

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE

Ficha Nº 811 Dest. Recurso

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Validade CONFORME EDITAL

Prazo Entrega CONFORME EDITAL

Prazo de Pagto CONFORME EDITAL

Garantia CONFORME EDITAL

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **lic-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 | 10 | BGA | 100.002.00236/ACETATO DE RETINOL 1 MILHÃO UI% + AMINOÁCIDOS 2,5% + METIONINA 0,5% + CLORANFENICOL 0,5%. POMADA OFTÁLMICA. BISNAGA COM 3,5G. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 175676 LATINOFARMA | 8,9600 | 89,60 |
| 002 | 500 | COM | 100.002.00047/ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 500MG. CÓDIGO BEC: 103195 IMEC | 0,0800 | 40,00 |
| 009 | 500 | COM | 100.002.00343/CLORIDRATO DE DOXICICLINA 100MG. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 127710 PHARLAB | 0,5843 | 292,15 |
| 015 | 20 | UN | 100.002.00345/ENOXAPARINA SÓDICA - SOLUÇÃO INJETÁVEL 40 MG/0,4 ML - SERINGA PRÉ-ENCHIDA. CÓDIGO BEC: 379557 BLAUSIEGEL | 16,0000 | 320,00 |
| 018 | 6000 | COM | 100.002.00085/LEVODOPA 250 MG + CARBIDOPA 25 MG. COMPRIMIDO. CÓDIGO BEC: 4048016 CRISTALIA | 0,7480 | 4.488,00 |

**Pedido de Compra 5155/2017 - 0****Nº Pedido de Compra: 5158/2017****Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT****Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO****Processo Nº: 4658/2017 Empenho: 12623/2017 - 20/07/2017****Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação | Valor Unitário | Valor Total |
|----------------|-------------------|----------------|---|-----------------------|--------------------|
| 020 | 200 | 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. CÓDIGO BEC: 504084 BRAINFARMA | 0,2718 | 54,36 |
| 021 | 1000 | UN | 100.002.00463/NISTATINA CREME VAG 25000 UI/G. VALIDADE MINIMA 12 MESES, COM 10 APLICADORES POR TUBO/UNIDADE. CÓDIGO BEC: 504076 TEUTO | 0,1624 | 162,40 |
| 022 | 200 | COM | 100.002.00110/NITRAZEPAN 5 MG - APRESENTAÇÃO COMPRIMIDO - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES - PORTARIA 344/98 B1. CÓDIGO BEC: 109029 EMS | 0,2565 | 51,30 |
| 024 | 13300 | COM | 100.002.00209/PREDNISONA 20MG. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 487023 PRATI DONADUZZI | 0,2000 | 2.660,00 |
| 025 | 150 | UN | 100.002.00052/SORO FISIOLÓGICO 0,9% AMPOLAS COM 10 ML .EMBALAGEM INDIVIDUAL COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA. VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 269549 FARMACE | 0,2200 | 33,00 |

| | | |
|-------------------------|----------------------|-----------------|
| Pedido 5158/2017 | Total | 8.190,81 |
| | Descontos (-) | 0,00 |
| | Impostos (+) | 0,00 |
| | Valor | 8.190,81 |

(OITO MIL E CENTO E NOVENTA REAIS E OITENTA E UM CENTAVO)**SAO JOAO DA BOA VISTA, 19 de Julho de 2017**

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LIC

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5159/2017

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4660/2017 **Empenho:** 12624/2017 - 20/07/2017

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 557 LUMAR COMÉRCIO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA

Nome Fantasia LUMAR DISTRIBUIDORA

Endereço AV. WILSON BEGO, 745

Bairro DISTRITO INDUSTRIAL

Cidade FRANCA

Estado SP

CEP 14406-091

Nº Telefone (016) 3721-1102

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

Nº Fax (016) 3721-1102

Inscr. Estadual 310.049.440.111

Inscr. Municipal

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

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE

Ficha Nº 711 Dest. Recurso

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902

Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA

Validade CONFORME EDITAL

Prazo Entrega CONFORME EDITAL

Prazo de Pagto CONFORME EDITAL

Garantia CONFORME EDITAL

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **lic-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 |
|---------|------------|---------|--|----------------|-------------|
| 003 | 5 | AMP | 022.004.00272/ADENOSINA 6MG AMPOLAS IV. AMPOLA COM 2 ML. VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 341444 HIPOLABOR | 8,6900 | 43,45 |
| 004 | 25 | AMP | 022.004.00284/BICARBONATO DE SÓDIO 8, 4% AMP. 10 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 107891 SAMTEC | 0,5240 | 13,10 |
| 005 | 200 | AMP | 022.004.00134/BROMETO DE N- BUTILESCOPOLAMINA 20 MG/1ML. VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 776661 HIPOLABOR | 0,9570 | 191,40 |
| 006 | 50 | AMP | 022.004.00312/CLORETO DE POTÁSSIO 19, 1% AMPOLA 10ML COM VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 475858 ISOFARMA | 0,4500 | 22,50 |
| 007 | 15 | AMP | 022.004.00439/CLORETO DE SÓDIO 20% INJETÁVEL AMPOLA. VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 480509 ISOFARMA | 0,3400 | 5,10 |
| 008 | 50 | AMP | 022.004.00311/CLORETO DE SÓDIO À 10% AMPOLA COM 10 ML. EMBALAGEM INDIVIDUAL. VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 2431203 ISOFARMA | 0,3000 | 15,00 |



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5159/2017

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4660/2017 Empenho: 12624/2017 - 20/07/2017

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|---|----------------|-------------|
| 010 | 15 | AMP | 022.004.00241/CLORIDRATO DE ETILEFRINA 10MG/1ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 110388 UQFN | 1,0700 | 16,05 |
| 011 | 200 | AMP | 022.004.00203/COMPLEXO B INJETÁVEL; AMPOLA 2ML. VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 4084055 HYPOFARMA | 0,7290 | 145,80 |
| 012 | 10 | AMP | 022.004.00332/DESLANOSIDO 0,2 MG/ML AMP. COM 2 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 108570 UQFN | 1,4600 | 14,60 |
| 013 | 200 | AMP | 022.004.00079/DIAZEPAM 10 MG. AMPOLA COM 2 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 103420 TEUTO | 0,6480 | 129,60 |
| 014 | 30 | FR | 022.004.00301/CEFTRIAXONA 1G, INJETÁVEL, VIA DE ADMINISTRAÇÃO INTRAMUSCULAR. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES; CÓDIGO BEC: 410390 EUROFARMA | 11,9400 | 358,20 |
| 016 | 15 | AMP | 022.004.00120/FITOMENADIONA 10 MG. ADMINISTRAÇÃO INTRA MUSCULAR. AMPOLA COM 1 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 106321 UQFN | 1,3200 | 19,80 |
| 017 | 30 | AMP | 022.004.00083/GENTAMICINA 80 MG. AMPOLA COM 2 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 110558 HYPOFARMA | 0,8000 | 24,00 |
| 019 | 10 | AMP | 022.004.00220/MIDAZOLAM 15 MG /3 ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - 3 ML - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 103209 TEUTO | 1,3000 | 13,00 |
| 023 | 5 | AMP | 022.004.00398/NORADRENALINA 1MG/ML AMPOLA DE 4ML. VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 125580 HYPOFARMA | 5,6000 | 28,00 |

| | | |
|------------------|---------------|----------|
| Pedido 5159/2017 | Total | 1.039,60 |
| | Descontos (-) | 0,00 |
| | Impostos (+) | 0,00 |
| | Valor | 1.039,60 |



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5159/2017

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4660/2017 Empenho: 12624/2017 - 20/07/2017

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

(UM MIL E TRINTA E NOVE REAIS E SESSENTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 19 de Julho de 2017

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LIC

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5160/2017

Global/Estimativo

Categoria Econômica: 4.4.90.51.99 - OBRAS E INSTALAÇÕES

Modalidade: 3/2017 - TP-O TOMADA DE PREÇOS / OBRAS

Processo Nº: 4661/2017 **Empenho:** 12523/2017 - 19/07/2017

Vínculo: ORDINÁRIO

Fornecedor 10732 VERDEBIANCO ENGENHARIA EIRELI - ME

Nome Fantasia VERDEBIANCO

Endereço R GOMES DE CARVALHO, 892 - COJ 25

Bairro VILA OLÍMPIA

Cidade SÃO PAULO

Estado SP

CEP 04547-003

Nº Telefone (011) 3044-1495

C.P.F / C.N.P.J. Nº 03.992.945/0001-25

Nº Fax ()

Inscr. Estadual 147.413.613.116

Inscr. Municipal 2.940.914-4

e-mail verdebianco@verdebianco.com.br

Local de Entrega CONFORME CONTRATO

Ficha Nº 965

Dest. Recurso 011000107

Endereço CONFORME CONTRATO

Unidade Orçamentaria 10301 GABINETE DO DIRETOR - PLANEJAMENTO

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 117/17

Objeto CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA EXECUÇÃO DE SERVIÇOS DE INFRAESTRUTURA, PAVIMENTAÇÃO ASFÁLTICA E GALERIA DE ÁGUAS PLUVIAIS NO JARDIM EUROPA, COM FORNECIMENTO DE MÃO DE OBRA E MATERIAL

Aplicação APD

Nº Requisição 5174/2017

Nº Contrato 117 / 2017

Responsável tamyres

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 | 103.001.00026/SERVIÇOS DE OBRAS DE INFRAESTRUTURA, PAVIMENTAÇÃO ASFÁLTICA E GALERIAS DE ÁGUAS PLUVIAIS - Obras de infraestrutura, pavimentação asfáltica, rede de água fria, esgoto, galeria de águas pluviais e sinalização no prolongamento da Rua Paulino Gomes de Abreu até a Avenida Marginal - Jardim Europa, Nº do Convênio 1.027.883-87/2015MC - O PAGAMENTO SERÁ LIBERADO DE ACORDO COM A LIBERAÇÃO PELA UNIÃO - | 266.715,9600 | 266.715,96 |

| | | |
|-------------------------|----------------------|-------------------|
| Pedido 5160/2017 | Total | 266.715,96 |
| | Descontos (-) | 0,00 |
| | Impostos (+) | 0,00 |
| | Valor | 266.715,96 |

(DUZENTOS E SESENTA E SEIS MIL E SETECENTOS E QUINZE REAIS E NOVENTA E SEIS CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 19 de Julho de 2017

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LIC

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5161/2017

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

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4662/2017 **Empenho:** 12625/2017 - 20/07/2017

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 SAÚDE **Ficha Nº** 811 **Dest. Recurso**

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Validade CONFORME EDITAL

Prazo Entrega CONFORME EDITAL **Prazo de Pagto** CONFORME EDITAL

Garantia CONFORME EDITAL

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável lic-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 | 900 | COM | 100.002.00147/LEVODOPA 100 MG + BENSERAZIDA 25 MG COMPRIMIDO DISPERSÍVEL. CÓDIGO BEC: 4048059 ROCHE | 1,0523 | 947,07 |
| 002 | 45000 | COM | 100.002.00015/LEVODOPA 200 MG + BENSERAZIDA 50 MG COMPRIMIDO. CÓDIGO BEC: 4048040 ROCHE | 0,6100 | 27.450,00 |
| 003 | 149000 | COM | 100.002.00021/PROPATILNITRATO 10MG. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 111619 FARMOQUIMICA | 0,3113 | 46.383,70 |

| | | |
|------------------|----------------------|------------------|
| Pedido 5161/2017 | Total | 74.780,77 |
| | Descontos (-) | 0,00 |
| | Impostos (+) | 0,00 |
| | Valor | 74.780,77 |

(SETENTA E QUATRO MIL E SETECENTOS E OITENTA REAIS E SETENTA E SETE CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 19 de Julho de 2017



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5161/2017

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

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4662/2017 **Empenho:** 12625/2017 - 20/07/2017

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LIC

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5162/2017

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

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4663/2017 **Empenho:** 12626/2017 - 20/07/2017

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 836 **CRISTÁLIA PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA**

Nome Fantasia **LABORATÓRIO CRISTÁLIA**

Endereço RODOVIA ITAPIRA - LINDÓIA, KM 14

Bairro FAZ ESTANCIA CRISTAL

Cidade ITAPIRA

Estado SP

CEP 13974-900

Nº Telefone (019) 3863 9500

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

Nº Fax (019) 3863-9589

Inscr. Estadual 374.0007.758.117

Inscr. Municipal

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

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 811 **Dest. Recurso**

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

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Validade CONFORME EDITAL

Prazo Entrega CONFORME EDITAL

Prazo de Pagto CONFORME EDITAL

Garantia CONFORME EDITAL

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável lic-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 | 13800 | COM | 100.002.00099/CLORIDRATO DE LEVOMEPRMAZINA 25MG. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 785660 CRISTÁLIA | 0,3400 | 4.692,00 |
| 004 | 300 | TUB | 100.002.00104/FIBRINOLISINA + DESOXIRRIBONUCLEASE + CLORANFENICOL TUBO COM 30 GR. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 254630 CRISTÁLIA | 33,0000 | 9.900,00 |
| 005 | 4400 | COM | 100.002.00016/MALEATO DE LEVOMEPRMAZINA 100 MG COMPRIMIDO. CÓDIGO BEC: 785679 CRISTÁLIA | 0,6183 | 2.720,52 |
| 006 | 20200 | COM | 100.002.00037/PREDNISONA 5MG. VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 487007 CRISTÁLIA | 0,0950 | 1.919,00 |

| | | |
|-------------------------|----------------------|------------------|
| Pedido 5162/2017 | Total | 19.231,52 |
| | Descontos (-) | 0,00 |
| | Impostos (+) | 0,00 |
| | Valor | 19.231,52 |

(DEZENOVE MIL E DUZENTOS E TRINTA E UM REAIS E CINQUENTA E DOIS CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 19 de Julho de 2017



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5162/2017

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

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4663/2017 **Empenho:** 12626/2017 - 20/07/2017

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LIC

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5163/2017

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4664/2017 **Empenho:** 12627/2017 - 20/07/2017

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 836 **CRISTÁLIA PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA**

Nome Fantasia LABORATÓRIO CRISTÁLIA

Endereço RODOVIA ITAPIRA - LINDÓIA, KM 14

Bairro FAZ ESTANCIA CRISTAL

Cidade ITAPIRA

Estado SP

CEP 13974-900

Nº Telefone (019) 3863 9500

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

Nº Fax (019) 3863-9589

Inscr. Estadual 374.007.758.117

Inscr. Municipal

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

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE

Ficha Nº 711 **Dest. Recurso**

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902

Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA

Validade CONFORME EDITAL

Prazo Entrega CONFORME EDITAL

Prazo de Pagto CONFORME EDITAL

Garantia CONFORME EDITAL

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável lic-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 | 1250 | AMP | 022.004.00438/CETOPROFENO IM 100MG/ 2ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 463191 CRISTÁLIA | 1,3900 | 1.737,50 |
| 003 | 3 | FR | 022.004.00100/CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA SPRAY 10% ANESTESIA TÓPICA FR. C/ 50 ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 501140 CRISTÁLIA | 78,0000 | 234,00 |

| | | |
|-------------------------|----------------------|-----------------|
| Pedido 5163/2017 | Total | 1.971,50 |
| | Descontos (-) | 0,00 |
| | Impostos (+) | 0,00 |
| | Valor | 1.971,50 |

(UM MIL E NOVECENTOS E SETENTA E UM REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 19 de Julho de 2017

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LIC

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5164/2017

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

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4665/2017 **Empenho:** 12628/2017 - 20/07/2017

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 1514 **CIRÚRGICA SÃO JOSÉ LTDA**

Nome Fantasia CIRÚRGICA SÃO JOSÉ LTDA

Endereço ROD GERALDO SCAVONE, 2300

Bairro RIO COMPRIDO

Cidade JACAREI

Estado SP

CEP 12.305-90

Nº Telefone (12) 3925-9000

C.P.F / C.N.P.J. Nº 55.309.074/0001-04

Nº Fax (12) 3925-9020

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail danielle.controles@cirurgicasaojose.com.br/licitaco

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE

Ficha Nº 811 **Dest. Recurso**

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Validade CONFORME EDITAL

Prazo Entrega CONFORME EDITAL

Prazo de Pagto CONFORME EDITAL

Garantia CONFORME EDITAL

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável lic-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 | 32000 | COM | 100.002.00012/CLORIDRATO DE VENLAFAXINA 75 MG. VALIDADE MINIMA 12 MESES. COMP. DE LIBERAÇÃO LENTA; CÓDIGO BEC: 1698907 EUROFARMA | 0,7500 | 24.000,00 |
| 003 | 3900 | COM | 100.002.00465/FINASTERIDA 5MG COMPRIMIDO. VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 198226 EUROFARMA | 0,2600 | 1.014,00 |
| 004 | 600 | COM | 100.002.00205/ITRACONAZOL 100 MG. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 110035 EUROFARMA | 1,6000 | 960,00 |

| | | |
|-------------------------|----------------------|------------------|
| Pedido 5164/2017 | Total | 25.974,00 |
| | Descontos (-) | 0,00 |
| | Impostos (+) | 0,00 |
| | Valor | 25.974,00 |

(VINTE E CINCO MIL E NOVECENTOS E SETENTA E QUATRO REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 19 de Julho de 2017



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5164/2017

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

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4665/2017 **Empenho:** 12628/2017 - 20/07/2017

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LIC

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5165/2017
Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO
Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO
Processo Nº: 4666/2017 **Empenho:** 12643/2017 - 20/07/2017
Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 1514 **CIRÚRGICA SÃO JOSÉ LTDA**
Nome Fantasia CIRÚRGICA SÃO JOSÉ LTDA
Endereço ROD GERALDO SCAVONE, 2300 **Bairro** RIO COMPRIDO
Cidade JACAREI **Estado** SP
CEP 12.305-90 **Nº Telefone** (12) 3925-9000
C.P.F / C.N.P.J. Nº 55.309.074/0001-04 **Nº Fax** (12) 3925-9020
Inscr. Estadual **Inscr. Municipal**
e-mail danielle.controles@cirurgicasaojose.com.br/licitaco

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE **Ficha Nº** 711 **Dest. Recurso**

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902
Unidade Orçamentaria 11502 **ATENÇÃO BÁSICA**
Validade CONFORME EDITAL
Prazo Entrega CONFORME EDITAL **Prazo de Pagto** CONFORME EDITAL
Garantia CONFORME EDITAL
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável lic-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 | 540 | AMP | 022.004.00235/ACETATO DE BETAMETASONA, FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA AMPOLA COM 1 ML. EMBALAGEM HOSPITALAR, VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 183768 UNIÃO QUÍMICA | 4,9700 | 2.683,80 |

| | | |
|-------------------------|----------------------|-----------------|
| Pedido 5165/2017 | Total | 2.683,80 |
| | Descontos (-) | 0,00 |
| | Impostos (+) | 0,00 |
| | Valor | 2.683,80 |

(DOIS MIL E SEISCENTOS E OITENTA E TRÊS REAIS E OITENTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 19 de Julho de 2017

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LIC

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5166/2017

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

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4667/2017 **Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Anulação de Empenho: 16693/2017

| | | |
|----------------------------|-----------------------------|--|
| Fornecedor | 3749 | DIMACI/SP MATERIAL CIRÚRGICO LTDA |
| Nome Fantasia | | DIMACI/SP MATERIAL CIRÚRGICO LTDA |
| Endereço | AV. SENADOR FLAQUER, Nº 869 | Bairro VILA EUCLIDES |
| Cidade | SÃO BERNARDO DO CAMP | Estado SP |
| CEP | 09725-443 | Nº Telefone (11) 4122-9800 |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº | 05.847.630/0001-10 | Nº Fax (11) 4122-9808 |
| Inscr. Estadual | | Inscr. Municipal |
| e-mail | dimaci.sp@dimacisp.com.br | |

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE **Ficha Nº 811** **Dest. Recurso**

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902
Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Validade CONFORME EDITAL
Prazo Entrega CONFORME EDITAL **Prazo de Pagto** CONFORME EDITAL
Garantia CONFORME EDITAL
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável lic-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 | 5000 | COM | 100.002.00003/ALENDRONATO DE SODIO 70 MG COMPRIMIDO; CADA COMPRIMIDO REVESTIDO DE 70 MG CONTEM: ALENDRONATO DE SODIO (EQUIVALENTE A 70 MG DE ACIDO ALENDRONICO) 91,42 MG; DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA IMPRESSOS NA EMBALAGEM DO PRODUTO; LOTE E VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM PRIMARIA E SECUNDARIA DO MEDICAMENTO REGISTRO EM VIGOR NO MINISTERIO DA SAUDE; VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 1690426 ENDROSTAN | 0,2600 | 1.300,00 |
| 003 | 15600 | COM | 100.002.00006/AZITROMICINA 500 MG. CÓDIGO BEC: 155160 GENERICIO | 0,0890 | 1.388,40 |
| 005 | 39600 | COM | 100.002.00294/CARBONATO DE CÁLCIO 500MG + COLECALCIFEROL 400 UI. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 1854674 DOLOTRAT | 0,1430 | 5.662,80 |
| 007 | 330 | FR | 100.002.00230/DOMPERIDONA 1 MG/ML SUSPENSÃO ORAL, 100 ML. CÓDIGO BEC: 1185616 PERIDAL | 8,2000 | 2.706,00 |

**Pedido de Compra 5155/2017 - 0****Nº Pedido de Compra: 5166/2017****Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT****Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO****Processo Nº: 4667/2017****Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE****Anulação de Empenho: 16693/2017**

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação | Valor Unitário | Valor Total |
|----------------|-------------------|----------------|---|-----------------------|--------------------|
| 008 | 1550 | COM | 100.002.00246/FLUCONAZOL 150MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 364118 GENERICICO | 0,2390 | 370,45 |
| 010 | 30000 | COM | 100.002.00204/IBUPROFENO 600 MG. CÓDIGO BEC: 110175 IBUPRIL | 0,0649 | 1.947,00 |
| 011 | 1100 | FR | 100.002.00088/MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA SOLUÇÃO ORAL 0,04%; EMBALAGEM COM 100 ML; DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA IMPRESSOS NA EMBALAGEM DO MEDICAMENTO; LOTE E VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DO MEDICAMENTO; REGISTRO EM VIGOR NO MINISTÉRIO DA SAÚDE; VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 484148 GENERICICO | 0,8500 | 935,00 |
| 012 | 47000 | COM | 100.002.00089/MALEATO ENALAPRIL 20 MG - COMPRIMIDO - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES; CÓDIGO BEC: 105961 PRESSOMEDE | 0,0430 | 2.021,00 |
| 013 | 25000 | COM | 100.002.00234/SINVASTATINA 40MG (COMPRIMIDO). CÓDIGO BEC: 1539302 SANVAL | 0,1344 | 3.360,00 |

| | | |
|-------------------------|----------------------|------------------|
| Pedido 5166/2017 | Total | 19.690,65 |
| | Descontos (-) | 0,00 |
| | Impostos (+) | 0,00 |
| | Valor | 19.690,65 |

(DEZENOVE MIL E SEISCENTOS E NOVENTA REAIS E SESSENTA E CINCO CENTAVOS)**SAO JOAO DA BOA VISTA, 19 de Julho de 2017**_____
DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LIC_____
RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5167/2017

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4668/2017 **Empenho:** 12639/2017 - 20/07/2017

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 3749 DIMACI/SP MATERIAL CIRÚRGICO LTDA

Nome Fantasia DIMACI/SP MATERIAL CIRÚRGICO LTDA

Endereço AV. SENADOR FLAQUER, Nº 869

Bairro VILA EUCLIDES

Cidade SÃO BERNARDO DO CAMP

Estado SP

CEP 09725-443

Nº Telefone (11) 4122-9800

C.P.F / C.N.P.J. Nº 05.847.630/0001-10

Nº Fax (11) 4122-9808

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail dimaci.sp@dimacisp.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE

Ficha Nº 711 Dest. Recurso

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902

Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA

Validade CONFORME EDITAL

Prazo Entrega CONFORME EDITAL

Prazo de Pagto CONFORME EDITAL

Garantia CONFORME EDITAL

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável lic-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 | 400 | AMP | 022.004.00273/ÁGUA PARA INJEÇÃO AMPOLA 10 ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 105848 FARMACE | 0,1200 | 48,00 |
| 004 | 400 | AMP | 022.004.00076/BROMETO DE N- BUTILESCOPOLAMINA 20MG/5ML + DAPIRONA SÓDICA 2,5G/ML, AMPOLA COM 5ML EMBALAGEM. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 165131 GENERICO | 1,2770 | 510,80 |
| 006 | 400 | AMP | 022.004.00244/DEXAMETASONA 4MG AMPOLA COM 2,5ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 480487 GENERICO | 0,5900 | 236,00 |
| 009 | 300 | AMP | 022.004.00121/FUROSEMIDA 20 MG AMPOLA COM 2 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 110612 FUROSEFARMA | 0,4013 | 120,39 |
| 014 | 900 | AMP | 022.004.00125/TRAMADOL 50 MG 1 ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 480290 GENERICO | 0,4939 | 444,51 |



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5167/2017

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4668/2017 Empenho: 12639/2017 - 20/07/2017

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|------------------|----------------|-------------|
| | | | Pedido 5167/2017 | Total | 1.359,70 |
| | | | | Descontos (-) | 0,00 |
| | | | | Impostos (+) | 0,00 |
| | | | | Valor | 1.359,70 |

(UM MIL E TREZENTOS E CINQUENTA E NOVE REAIS E SETENTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 19 de Julho de 2017

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LIC

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5169/2017

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

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4670/2017 **Empenho:** 12631/2017 - 20/07/2017

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 4658 QUALITY MEDICAL COMERCIO E DISTRIBUIDORA DE MEDICA

Nome Fantasia QUALITY MEDICAL COMERCIO E DISTRIBUIDORA DE MEDICA

Endereço R DR. GABRIEL DE RESENDE, Nº 343

Bairro VILA INVERNADA

Cidade SÃO PAULO

Estado SP

CEP 75709-020

Nº Telefone (999) 011 202140

C.P.F / C.N.P.J. Nº 07.118.264/0001-93

Nº Fax ()

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail licitacoes@qualitymedicalsp.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE

Ficha Nº 811 Dest. Recurso

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Validade CONFORME EDITAL

Prazo Entrega CONFORME EDITAL

Prazo de Pagto CONFORME EDITAL

Garantia CONFORME EDITAL

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **lic-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 | 47500 | COM | 100.002.00082/ESPIRONOLACTONA 25 MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 122947 ALDOSTERIN/ASPEN | 0,1375 | 6.531,25 |
| 002 | 380 | FR | 100.002.00093/LACTULOSE 667MG/ML. FRASCO COM 120ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 165077 NUTRIMAI S/NUTRIEX | 4,9000 | 1.862,00 |

| | | |
|------------------|---------------|-----------------|
| Pedido 5169/2017 | Total | 8.393,25 |
| | Descontos (-) | 0,00 |
| | Impostos (+) | 0,00 |
| | Valor | 8.393,25 |

(OITO MIL E TREZENTOS E NOVENTA E TRÊS REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 19 de Julho de 2017

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LIC

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5170/2017

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

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4671/2017 **Empenho:** 12632/2017 - 20/07/2017

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 5073 DUPATRI HOSPITALAR COMÉRCIO, IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO

LTDA

Nome Fantasia DUPATRI

Endereço AVENIDA JOSÉ SEVERINO, 3530

Bairro VEREDA DOS BURITIS

Cidade CATALÃO

Estado GO

CEP 75709-616

Nº Telefone (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 SAÚDE

Ficha Nº 811 Dest. Recurso

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Validade CONFORME EDITAL

Prazo Entrega CONFORME EDITAL

Prazo de Pagto CONFORME EDITAL

Garantia CONFORME EDITAL

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **lic-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 | 280 | FR | 100.002.00004/AMOXICILINA 250 MG + CLAVUNATO 62,5 MG/5 ML PÓ P/SUSPENSÃO ORAL 75 ML. CÓDIGO BEC: 354961 SANDOZ | 11,0000 | 3.080,00 |
| 002 | 48000 | COM | 100.002.00008/CARVEDILOL 12,5 MG, PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 1270362 GENERIC/BIOSINTÉTICA | 0,1580 | 7.584,00 |
| 003 | 45000 | COM | 100.002.00226/CINARIZINA 75 MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 108529 FLUXON/BRAINFARMA | 0,1135 | 5.107,50 |
| 004 | 42000 | COM | 100.002.00227/CLORIDRATO DE PAROXETINA 20 MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 691496 GENERIC/AUROBINDO | 0,2000 | 8.400,00 |
| 006 | 7200 | COM | 100.002.00462/DOXAZOSINA 2MG COMPRIMIDO VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 398934 UNOPROST/APSEN | 0,1390 | 1.000,80 |
| 007 | 7000 | COM | 100.002.00160/GLICAZIDA 30MG COMPRIMIDOS DE LIBERAÇÃO LENTA. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 1430564 | 0,2390 | 1.673,00 |

**Pedido de Compra 5155/2017 - 0****Nº Pedido de Compra: 5170/2017****Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT****Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO****Processo Nº: 4671/2017 Empenho: 12632/2017 - 20/07/2017****Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação | Valor Unitário | Valor Total |
|----------------|-------------------|----------------|---|-----------------------|--------------------|
| | | | GENERIC0/RANBAXY | | |
| 008 | 30000 | COM | 100.002.00195/LEVOTIROXINA 100MG. CÓDIGO BEC: 111589 LEVOID/ACHE | 0,0760 | 2.280,00 |
| 009 | 75000 | COM | 100.002.00216/LEVOTIROXINA SÓDICA 25 MCG COMPRIMIDO. CÓDIGO BEC: 200999 LEVOID/ACHE | 0,0760 | 5.700,00 |
| 010 | 25600 | COM | 100.002.00217/LEVOTIROXINA SÓDICA 50 MCG COMPRIMIDO. CÓDIGO BEC: 200980 LEVOID/ACHE | 0,0760 | 1.945,60 |

| | | |
|-------------------------|----------------------|------------------|
| Pedido 5170/2017 | Total | 36.770,90 |
| | Descontos (-) | 0,00 |
| | Impostos (+) | 0,00 |
| | Valor | 36.770,90 |

(TRINTA E SEIS MIL E SETECENTOS E SETENTA REAIS E NOVENTA CENTAVOS)**SAO JOAO DA BOA VISTA, 19 de Julho de 2017**

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LIC

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5171/2017

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4672/2017 **Empenho:** 12642/2017 - 20/07/2017

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

LTDA

Nome Fantasia **DUPATRI**

Endereço AVENIDA JOSÉ SEVERINO, 3530

Bairro VEREDA DOS BURITIS

Cidade CATALÃO

Estado GO

CEP 75709-616

Nº Telefone (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 SAÚDE

Ficha Nº 711 **Dest. Recurso**

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902

Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA

Validade CONFORME EDITAL

Prazo Entrega CONFORME EDITAL

Prazo de Pagto CONFORME EDITAL

Garantia CONFORME EDITAL

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável lic-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 |
|---------|------------|---------|--|----------------|-------------|
| 005 | 1400 | AMP | 022.004.00229/DIMENIDRATO, VITAMINA B6, GLICOSE, FRUTOSE, AMPOLA COM 10 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 119300 DRAMIN/TAKEDA | 2,2399 | 3.135,86 |

| | | |
|-------------------------|----------------------|-----------------|
| Pedido 5171/2017 | Total | 3.135,86 |
| | Descontos (-) | 0,00 |
| | Impostos (+) | 0,00 |
| | Valor | 3.135,86 |

(TRÊS MIL E CENTO E TRINTA E CINCO REAIS E OITENTA E SEIS CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 19 de Julho de 2017

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LIC

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5172/2017

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

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4673/2017 **Empenho:** 12633/2017 - 20/07/2017

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 5104 **COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA**

Nome Fantasia **COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA**

Endereço PC EMILIO MARCONATO

Bairro JAGUARIUNA PARK INDUSTRIAL

Cidade JAGUARIUNA

Estado SP

CEP 13820-000

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

Inscr. Municipal 395.060.142.110

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

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE

Ficha Nº 811

Dest. Recurso

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Validade CONFORME EDITAL

Prazo Entrega CONFORME EDITAL

Prazo de Pagto CONFORME EDITAL

Garantia CONFORME EDITAL

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável lic-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 | FR | 100.002.00074/AMBROXOL, CLORIDRATO 15 MG/5 ML XAROPE, 120 ML. CÓDIGO BEC: 504343 FARMACE | 1,5800 | 1.580,00 |
| 002 | 22000 | COM | 100.002.00302/CIMETIDINA 200MG. CÓDIGO BEC: 463213 PRATI DONADUZZI | 0,1200 | 2.640,00 |
| 003 | 2600 | FR | 100.002.00115/CLORETO DE SÓDIO 0,9% GOTAS NASAIS PEDIÁTRICAS FRASCO COM 30 ML, EMBALAGEM INDIVIDUAL COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA, VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC 107867 FARMACE | 0,6490 | 1.687,40 |
| 005 | 23000 | COM | 100.002.00117/DEXCLORFENIRAMINA 2 MG. COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA, REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE E VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 484130 GEOLAB | 0,0600 | 1.380,00 |
| 006 | 33000 | COM | 100.002.00036/ENALAPRIL, MALEATO 5 MG. CÓDIGO BEC: 160776 CIMED | 0,0520 | 1.716,00 |



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5172/2017

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

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4673/2017 Empenho: 12633/2017 - 20/07/2017

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|---|----------------|-------------|
| 007 | 233000 | COM | 100.002.00379/LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMPRIMIDO REVESTIDO; DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDENCIA IMPRESSOS NA EMBALAGEM DO MEDICAMENTO; LOTE E VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM PRIMARIA E SECUNDARIA DO MEDICAMENTO. REGISTRO EM VIGOR NO MINISTERIO DA SAUDE; VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 284300 PRATI DONADUZZI | 0,0270 | 6.291,00 |
| 008 | 72500 | COM | 100.002.00396/NIFEDIPINA 20MG COMPRIMIDO, LIBERAÇÃO LENTA; VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 472727 MEDQUIMICA | 0,0620 | 4.495,00 |
| 009 | 42000 | COM | 100.002.00123/NIMESULIDA 100 MG. CÓDIGO BEC: 208515 CIMED | 0,0700 | 2.940,00 |
| 010 | 150 | TUB | 100.002.00043/SULFADIAZINA DE PRATA 1% , 50G. CÓDIGO BEC: 111414 PRATI DONADUZZI | 3,7500 | 562,50 |
| 011 | 17000 | 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; CÓDIGO BEC: 287873 OSORIO DE MORAES | 0,0720 | 1.224,00 |
| 012 | 150 | BGA | 100.002.00222/VITAMINA A E D + ÓXIDO DE ZINCO. BISNAGA C/ 45 GRS. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 111511 VITAMEDIC | 2,4350 | 365,25 |

| | | |
|------------------|---------------|-----------|
| Pedido 5172/2017 | Total | 24.881,15 |
| | Descontos (-) | 0,00 |
| | Impostos (+) | 0,00 |
| | Valor | 24.881,15 |

(VINTE E QUATRO MIL E OITOCENTOS E OITENTA E UM REAIS E QUINZE CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 19 de Julho de 2017

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LIC

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5173/2017
Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO
Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO
Processo Nº: 4674/2017 **Empenho:** 12640/2017 - 20/07/2017
Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 5104 **COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA**
Nome Fantasia **COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA**
Endereço PC EMILIO MARCONATO Bairro JAGUARIUNA PARK INDUSTRIAL
Cidade JAGUARIÚNA Estado SP
CEP 13820-000 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 Inscr. Municipal 395.060.142.110
e-mail vendas@rioclarense.com.br, <adriana.perinotto@riocl

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE **Ficha Nº 711 Dest. Recurso**

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902
Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA
Validade CONFORME EDITAL
Prazo Entrega CONFORME EDITAL **Prazo de Pagto** CONFORME EDITAL
Garantia CONFORME EDITAL
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável lic-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 | 300 | AMP | 022.004.00463/CLORIDRATO DE PROMETAZINA 50 MG. AMPOLA COM 2 ML. VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 119350 SANVAL | 1,6800 | 504,00 |

| | | |
|-------------------------|----------------------|---------------|
| Pedido 5173/2017 | Total | 504,00 |
| | Descontos (-) | 0,00 |
| | Impostos (+) | 0,00 |
| | Valor | 504,00 |

(QUINHENTOS E QUATRO REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 19 de Julho de 2017

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LIC

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5174/2017

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

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4675/2017 **Empenho:** 12634/2017 - 20/07/2017

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 SAÚDE

Ficha Nº 811 Dest. Recurso

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Validade CONFORME EDITAL

Prazo Entrega CONFORME EDITAL

Prazo de Pagto CONFORME EDITAL

Garantia CONFORME EDITAL

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **lic-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 | 650 | FR | 100.002.00474/AZITROMICINA DIIDRATADA 209,6 MG EQUIVALENTE A 200 MG DE AZITROMICINA BASE EM CADA 5 ML DE SUSPENSÃO RECONSTITUÍDA. PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL. EMBALAGENS CONTENDO 1 FRASCO COM 600 MG + 1 FLACONETE DILUENTE COM 9 ML + SERINGA DOSADORA. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 272205 PRATI/GENÉRICO | 4,2000 | 2.730,00 |
| 002 | 109000 | COM | 100.002.00233/SINVASTATINA 20 MG COMPRIMIDO; CÓDIGO BEC: 284297 SANVAL | 0,0799 | 8.709,10 |

| | | |
|------------------|---------------|------------------|
| Pedido 5174/2017 | Total | 11.439,10 |
| | Descontos (-) | 0,00 |
| | Impostos (+) | 0,00 |
| | Valor | 11.439,10 |

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

SAO JOAO DA BOA VISTA, 19 de Julho de 2017



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5175/2017

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

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4676/2017 **Empenho:** 12635/2017 - 20/07/2017

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 6206 **FRAGNARI DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA EPP**

Nome Fantasia FRAGNARI

Endereço R MANOEL DEODORO PINHEIRO MACHADO, 1218

Bairro VILA SANTA THEREZINHA DE

Cidade BOTUCATU

Estado SP

CEP 18600-060

Nº Telefone (999) 14 381405

C.P.F / C.N.P.J. Nº 14.271.474/0001-82

Nº Fax ()

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail licitacoes@fragnari.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE

Ficha Nº 811 **Dest. Recurso**

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Validade CONFORME EDITAL

Prazo Entrega CONFORME EDITAL

Prazo de Pagto CONFORME EDITAL

Garantia CONFORME EDITAL

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável lic-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 | 200 | FR | 100.002.00240/CARBAMAZEPINA SUSPENSÃO ORAL 2% . FRASCOS COM 100 ML. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 158020 GENÉRICO/UNIÃO QUÍMICA | 5,3100 | 1.062,00 |
| 002 | 9000 | COM | 100.002.00314/CLORIDRATO DE AMIODARONA 200MG - APRESENTAÇÃO COMPRIMIDOS - VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 462829 AMIORON/GEOLAB | 0,2870 | 2.583,00 |

| | | |
|-------------------------|----------------------|-----------------|
| Pedido 5175/2017 | Total | 3.645,00 |
| | Descontos (-) | 0,00 |
| | Impostos (+) | 0,00 |
| | Valor | 3.645,00 |

(TRÊS MIL E SEISCENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 19 de Julho de 2017

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LIC

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5176/2017

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

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4677/2017 **Empenho:** 12636/2017 - 20/07/2017

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 10398 **MANZATOS FARMA EIRELI - ME**

Nome Fantasia MANZATOS

Endereço RUA SANTO ANTONIO, N.º 1.610

Bairro CENTRO

Cidade MIRASSOL

Estado SP

CEP 15130-000

Nº Telefone (017) 2122-6363

C.P.F / C.N.P.J. Nº 17.756.574/0001-97

Nº Fax ()

Inscr. Estadual 451.051.859.116

Inscr. Municipal 18101-0

e-mail manzatosfarma@gmail.com

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE

Ficha Nº 811 **Dest. Recurso**

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Validade CONFORME EDITAL

Prazo Entrega CONFORME EDITAL

Prazo de Pagto CONFORME EDITAL

Garantia CONFORME EDITAL

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável lic-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 | 200 | TUB | 100.002.00032/ACICLOVIR 50 MG/G CREME, 10G. CÓDIGO BEC: 462802 PRATI | 2,1500 | 430,00 |
| 002 | 3500 | COM | 100.002.00081/ESPIRONOLACTONA 100 MG COMPRIMIDOS. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 105732 HIPOLABOR | 0,3299 | 1.154,65 |

| | | |
|-------------------------|----------------------|-----------------|
| Pedido 5176/2017 | Total | 1.584,65 |
| | Descontos (-) | 0,00 |
| | Impostos (+) | 0,00 |
| | Valor | 1.584,65 |

(UM MIL E QUINHENTOS E OITENTA E QUATRO REAIS E SESSENTA E CINCO CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 19 de Julho de 2017

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LIC

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5177/2017

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

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4678/2017 **Empenho:** 12637/2017 - 20/07/2017

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 10582 **AZULPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA - EPP**

Nome Fantasia AZUL FARMA

Endereço RUA JOSE DE ROSA, 440

Bairro JARDM SANTA ANGELINA

Cidade AGUDOS

Estado SP

CEP 17120-000

Nº Telefone (014) 3261-1644

C.P.F / C.N.P.J. Nº 03.634.617/0001-57

Nº Fax ()

Inscr. Estadual 156.075.985.118

Inscr. Municipal

e-mail farmaceutica@azulpharma.net

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE

Ficha Nº 811 **Dest. Recurso**

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Validade CONFORME EDITAL

Prazo Entrega CONFORME EDITAL

Prazo de Pagto CONFORME EDITAL

Garantia CONFORME EDITAL

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável lic-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 | 46600 | COM | 100.002.00009/CARVEDILOL 3,125 MG. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 1158678 E.M.S | 0,0975 | 4.543,50 |
| 002 | 250 | COM | 100.002.00050/IVERMECTINA 6 MG. CÓDIGO BEC: 763209 GENÉRICO - VITAMEDIC | 0,3000 | 75,00 |
| 003 | 170 | TUB | 100.002.00086/LIDOCAÍNA 2% GELÉIA TUBO COM 30 GR. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 501093 LABCAÍNA | 2,0800 | 353,60 |
| 004 | 29000 | COM | 100.002.00258/PENTOXIFILINA 400 MG. COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA, REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE, VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 108839 GENÉRICO - E.M.S | 0,5875 | 17.037,50 |

| | | |
|-------------------------|----------------------|------------------|
| Pedido 5177/2017 | Total | 22.009,60 |
| | Descontos (-) | 0,00 |
| | Impostos (+) | 0,00 |
| | Valor | 22.009,60 |

(VINTE E DOIS MIL E NOVE REAIS E SESENTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 19 de Julho de 2017



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5177/2017

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

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4678/2017 **Empenho:** 12637/2017 - 20/07/2017

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LIC

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5178/2017

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4679/2017 **Empenho:** 12641/2017 - 20/07/2017

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 10841 **WAM-MED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA**

Nome Fantasia ETICAMED

Endereço R VEREADOR MARIO BAGATINI, 227

Bairro SANTA CLARA

Cidade ENCANTADO

Estado RS

CEP 95960-000

Nº Telefone (051) 3751-4180

C.P.F / C.N.P.J. Nº 08.725.154/0001-52

Nº Fax ()

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail licita@eticaph.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE

Ficha Nº 711 Dest. Recurso

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902

Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA

Validade CONFORME EDITAL

Prazo Entrega CONFORME EDITAL

Prazo de Pagto CONFORME EDITAL

Garantia CONFORME EDITAL

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável lic-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 | 130 | FRA | 022.004.00231/HIDROCORTISONA 500 MG. FRS-AMPOLA COM DILUENTE 2 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 110221 TEUTO | 6,2000 | 806,00 |

| | | |
|-------------------------|----------------------|---------------|
| Pedido 5178/2017 | Total | 806,00 |
| | Descontos (-) | 0,00 |
| | Impostos (+) | 0,00 |
| | Valor | 806,00 |

(OITOCENTOS E SEIS REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 19 de Julho de 2017

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LIC

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5179/2017

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

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4681/2017 **Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Anulação de Empenho: 17007/2017

Fornecedor 10842 **NDS DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA**

Nome Fantasia

Endereço AV EGYDIO GERONYMO MUNARETTO, S/N - SALA 1; KM 3 Bairro CESAR PARK

Cidade TOLEDO

Estado PR

CEP 85915-175

Nº Telefone (045) 2103-4226

C.P.F / C.N.P.J. Nº 11.034.934/0001-60

Nº Fax ()

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail licitacao@pratidonaduzzi.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE

Ficha Nº 811 Dest. Recurso

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902

Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Validade CONFORME EDITAL

Prazo Entrega CONFORME EDITAL

Prazo de Pagto CONFORME EDITAL

Garantia CONFORME EDITAL

Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Responsável **lic-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 | 600 | FR | 100.002.00111/ÁCIDO VALPRÓICO 250MG/ 5ML LÍQUIDO FRAS. COM 100 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 119440 PRATI DONADUZZI | 2,4000 | 1.440,00 |
| 002 | 240 | FR | 100.002.00033/ALBENDAZOL 40 MG/ML SUSPENSÃO ORAL FRASCO 10 ML. CÓDIGO BEC: 155144 PRATI DONADUZZI | 0,9300 | 223,20 |
| 003 | 12800 | COM | 100.002.00223/ALOPURINOL 300 MG. CÓDIGO BEC: 177849 PRATI DONADUZZI | 0,1080 | 1.382,40 |
| 004 | 31500 | COM | 100.002.00005/ATENOLOL 50MG - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 284165 PRATI DONADUZZI | 0,0300 | 945,00 |
| 005 | 1000 | FR | 100.002.00290/BROMOPRIDA 4 MG/ML SOLUÇÃO ORAL, 20 ML. CÓDIGO BEC: 161241 PRATI DONADUZZI | 0,9700 | 970,00 |
| 006 | 3800 | COM | 100.002.00202/CETOCONAZOL 200 MG. VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 463159 PRATI DONADUZZI | 0,1300 | 494,00 |

**Pedido de Compra 5155/2017 - 0**

Nº Pedido de Compra: 5179/2017

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

Modalidade: 40/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 4681/2017

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Anulação de Empenho: 17007/2017

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|--|----------------|-------------|
| 007 | 31000 | COM | 100.002.00010/CIPROFLOXACINA, CLORIDRATO 500 MG. CÓDIGO BEC: 108545 PRATI DONADUZZI | 0,1545 | 4.789,50 |
| 008 | 29000 | COM | 100.002.00207/METFORMINA 500 MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 183504 PRATI DONADUZZI | 0,0600 | 1.740,00 |
| 009 | 100 | FR | 100.002.00022/SULFATO DE SALBUTAMOL 2MG/5ML XAROPE + COPO, FRASCO COM 120ML. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 1289071 PRATI DONADUZZI | 0,8500 | 85,00 |

| | | |
|------------------|---------------|-----------|
| Pedido 5179/2017 | Total | 12.069,10 |
| | Descontos (-) | 0,00 |
| | Impostos (+) | 0,00 |
| | Valor | 12.069,10 |

(DOZE MIL E SESENTA E NOVE REAIS E DEZ CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 19 de Julho de 2017

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LIC

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

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

(Página: 39 / 40)

Sistema CECAM

Data: 18/10/2017 16:13

Sistema CECAM

Pedido de Compra 5155/2017 - 0**Nº Pedido de Compra: 5180/2017****Global/Estimativo****Categoria Econômica:** 3.3.90.39.77 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 4684/2017 **Empenho:** 12485/2017 - 19/07/2017**Vínculo:** ORDINÁRIO**Fornecedor 6087 TELSEG VIGILANCIA E SEGURANCA EIRELI ME****Nome Fantasia** TELSEG

Endereço RUA LAMESA, 327

Bairro JARDIM SÃO MARCOS

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VIST

Estado SP

CEP 13876-023

Nº Telefone (019) 3631-7229

C.P.F / C.N.P.J. Nº 14.281.437/0001-55

Nº Fax (019) 3633-8181

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail telsegvs@uol.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL**Ficha Nº 492 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 CONFORME SOLICITAÇÃO

Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto Parada da Diversidade Sexual GLBTTS - 2017

Aplicação Departamento de Cultura

Nº Requisição 5760/2017

Responsável **lic-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 | DIA | 017.001.00648/SERVIÇOS DE SEGURANÇA NÃO ARMADA; - Contratação de empresa especializada para serviços de segurança para a Parada da Diversidade Sexual GLBTTS a ser realizada no dia 23 de julho de 2017. - | 4.050,0000 | 4.050,00 |

| | | |
|-------------------------|----------------------|-----------------|
| Pedido 5180/2017 | Total | 4.050,00 |
| | Descontos (-) | 0,00 |
| | Impostos (+) | 0,00 |
| | Valor | 4.050,00 |

(QUATRO MIL E CINQUENTA REAIS)**SAO JOAO DA BOA VISTA, 19 de Julho de 2017**DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LICRENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5155/2017 - 0

Nº Pedido de Compra: 5181/2017
Categoria Econômica: 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.
Modalidade: 52/2017 - PR-G PREGAO PRESENCIAL
Processo Nº: 4683/2017 **Empenho:** 12521/2017 - 19/07/2017
Vínculo: ORDINÁRIO

Global/Estimativo

Fornecedor 6255 **JOSE AUGUSTO MOREIRA TREVISAN 38480965878**
Nome Fantasia COMUNICAÇÃO GUTO MOREIRA
Endereço RUA LOURIVAL MEDEIROS, N.º 102 **Bairro** CENTRO
Cidade DIVINOLÂNDIA **Estado** SP
CEP 13780-000 **Nº Telefone** (019) 98224-3229
C.P.F / C.N.P.J. Nº 17.637.487/0001-10 **Nº Fax** (019) 98224-3229
Inscr. Estadual ISENT0 **Inscr. Municipal** 2.731
e-mail guto_jamt@hotmail.com

Local de Entrega CONFORME CONTRATO **Ficha Nº** 31 **Dest. Recurso** 011100000

Endereço CONFORME CONTRATO
Unidade Orçamentaria 10201 **GABINETE DO DIRETOR - COMUNICAÇÃO SOCIAL**
Validade SESENTA DIAS
Prazo Entrega CONFORME CONTRATO **Prazo de Pagto** CONFORME CONTRATO
Garantia CONT 121/17
Objeto CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE PRODUÇÃO DE VIDEORREPORTAGEM E FOTOJORNALISMO
Aplicação DPTO ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO
Nº Requisição 6058/2017
Nº Contrato 121 / 2017

Responsável tamyres

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 | 1750 | UN | 017.001.01394/SERVIÇOS DE PRODUÇÃO DE FOTOJORNALISMO - | 3,0000 | 5.250,00 |
| 002 | 28 | MIN | 017.001.01167/SERVIÇO DE PRODUÇÃO DE VIDEORREPORTAGEM - | 125,0000 | 3.500,00 |

| | | |
|-------------------------|----------------------|-----------------|
| Pedido 5181/2017 | Total | 8.750,00 |
| | Descontos (-) | 0,00 |
| | Impostos (+) | 0,00 |
| | Valor | 8.750,00 |

(OITO MIL E SETECENTOS E CINQUENTA REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 19 de Julho de 2017

DOUGLAS DA SILVA VITIELLI
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS, LIC

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO