



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 1468/2018  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.17 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** 4/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO  
**Processo Nº:** 1478/2018 **Empenho:** 2779/2018 - 28/02/2018  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 42/2017

**Fornecedor** 10777 **ECOPRINT COMERCIO DE PRODUTOS VARIADOS LTDA - ME**  
**Nome Fantasia** **ECOPRINT LICITACOES**  
**Endereço** R MARCILIANO, 400 - SALA 01 **Bairro** CENTRO  
**Cidade** MOGI MIRIM **Estado** SP  
**CEP** 13800-012 **Nº Telefone** (019) 3806-6847  
**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 26.864.855/0001-54 **Nº Fax** (019) 3080-6847  
**Inscr. Estadual** 456.123.218.116 **Inscr. Municipal**  
**e-mail** ecoprintlicitacoes@gmail.com

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO SAÚDE **Ficha Nº** 713 **Dest. Recurso** 013100000

**Endereço** AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902  
**Unidade Orçamentaria** 11502 **ATENÇÃO BÁSICA**  
**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Prazo Entrega** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Objeto** Registro de Preços para aquisição de CARTUCHOS DE TINTA E TONER.  
**Aplicação** DEPTO. DE SAÚDE  
**Nº Requisição** 1890/2018

**Responsável** joao.gabriel

**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	240	UN	015.001.00137/CARTUCHO DE TONER COMPATÍVEL, REFERÊNCIA: MODELO HP 85A (CE285A), PRETO, CAPACIDADE DE IMPRESSÃO DE 1.600 PÁGINAS, COMPONENTES 100% NOVOS; PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE ENTREGA; COM IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR NA EMBALAGEM, COMPATÍVEL COM AS SEGUINTE IMPRESSORAS: HP LASERJET PRO P1102W PRINTER HP LASERJET PRO M1212NF MULTIFUNCTION PRINTER HP LASERJET PRO M1217NFW MULTIFUNCTION PRINTER HP LASERJET PRO P1102W PRINTER HP LASERJET PRO M1132 PRINTER (SENDO ACEITO CARTUCHO NOVO, SIMILAR E 100% COMPATÍVEL COM OS MODELOS DAS IMPRESSORAS, NÃO SENDO ACEITO CARTUCHO REMANUFATURADO, RECARREGADO OU RECONDICIONADO) - CÓDIGO BEC 4643852 <b>ECOPRINT</b>	14,9000	3.576,00

<b>Pedido 1468/2018</b>	<b>Total</b>	<b>3.576,00</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>3.576,00</b>

**( TRÊS MIL E QUINHENTOS E SETENTA E SEIS REAIS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018**



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 1468/2018**

**Categoria Econômica: 3.3.90.30.17 - MATERIAL DE CONSUMO**

**Modalidade: 4/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO**

**Processo Nº: 1478/2018 Empenho: 2779/2018 - 28/02/2018**

**Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE Ata de Registro de Preço Nº: 42/2017**

---

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

---

---

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 1468/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 1469/2018

Categoria Econômica: 3.3.90.30.17 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade: 4/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 1479/2018 Empenho: 2780/2018 - 28/02/2018

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE Ata de Registro de Preço Nº: 47/2017

Fornecedor 10304 R.A. MANCO SERVIÇOS ME

Nome Fantasia

Endereço RUA LAURA ALBANI DE BARROS, Nº 35

Bairro SAUDE

Cidade MOGI MIRIM

Estado SP

CEP 13800-478

Nº Telefone (019) 3805 5768

C.P.F / C.N.P.J. Nº 09.058.347/0001-60

Nº Fax ( )

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail rxm.consultoria@gmail.com

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE

Ficha Nº 713

Dest. Recurso 013100000

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

Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA

Validade CONFORME ATA DE REGISTRO

Prazo Entrega CONFORME ATA DE REGISTRO DE Prazo de Pagto CONFORME ATA DE REGISTRO

Garantia CONFORME ATA DE REGISTRO

Objeto Registro de Preços para aquisição de CARTUCHOS DE TINTA E TONER.

Aplicação DEPTO. DE SAÚDE

Nº Requisição 1885/2018

Responsável joao.gabriel

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	140	UN	015.001.00177/CARTUCHO DE TONER, REFERÊNCIA: HP 80A (CF280A), PRETO, COMPATÍVEL, CAPACIDADE DE IMPRESSÃO DE 2.700 PÁGINAS, COMPONENTES 100% NOVOS; PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE ENTREGA; COM IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR NA EMBALAGEM, COMPATÍVEL COM AS SEGUINTE IMPRESSORAS: HP LASERJET PRO 400 PRINTER M401DNE; HP LASERJET PRO 400 MFP M425DN; HP LASERJET PRO 400; PRINTER M401DW; HP LASERJET PRO 400 PRINTER M401N; HP LASERJET PRO 400 PRINTER M401DN; (SENDO ACEITO CARTUCHO NOVO, SIMILAR E 100% COMPATÍVEL COM OS MODELOS DAS IMPRESSORAS, NÃO SENDO ACEITO CARTUCHO REMANUFATURADO, RECARREGADO OU RECONDICIONADO). CÓDIGO BEC 3806529 TRIVER	22,9000	3.206,00

Pedido 1469/2018	Total	3.206,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	3.206,00

( TRÊS MIL E DUZENTOS E SEIS REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 1469/2018**

**Categoria Econômica: 3.3.90.30.17 - MATERIAL DE CONSUMO**

**Modalidade: 4/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO**

**Processo Nº: 1479/2018    Empenho: 2780/2018 - 28/02/2018**

**Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Ata de Registro de Preço Nº: 47/2017**

---

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

---

---

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 1471/2018

**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.17 - MATERIAL DE CONSUMO

**Modalidade:** 4/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 1480/2018 **Empenho:** 2807/2018 - 28/02/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 47/2017

**Fornecedor** 10304 **R.A. MANCO SERVIÇOS ME**

**Nome Fantasia**

**Endereço** RUA LAURA ALBANI DE BARROS, Nº 35

Bairro SAUDE

**Cidade** MOGI MIRIM

**Estado** SP

**CEP** 13800-478

**Nº Telefone** (019) 3805 5768

**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 09.058.347/0001-60

**Nº Fax** ( )

**Inscr. Estadual**

**Inscr. Municipal**

**e-mail** rxm.consultoria@gmail.com

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO SAÚDE

**Ficha Nº** 689

**Dest. Recurso** 013100000

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

**Unidade Orçamentaria** 11501 GESTÃOS DO SUS

**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Prazo Entrega** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Objeto** Registro de Preços para aquisição de CARTUCHOS DE TINTA E TONER.

**Aplicação** DEPTO. DE SAÚDE

**Nº Requisição** 1884/2018

**Responsável** joao.gabriel

**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	20	UN	015.001.00177/CARTUCHO DE TONER, REFERÊNCIA: HP 80A (CF280A), PRETO, COMPATÍVEL, CAPACIDADE DE IMPRESSÃO DE 2.700 PÁGINAS, COMPONENTES 100% NOVOS; PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE ENTREGA; COM IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR NA EMBALAGEM, COMPATÍVEL COM AS SEGUINTE IMPRESSORAS: HP LASERJET PRO 400 PRINTER M401DNE; HP LASERJET PRO 400 MFP M425DN; HP LASERJET PRO 400; PRINTER M401DW; HP LASERJET PRO 400 PRINTER M401N; HP LASERJET PRO 400 PRINTER M401DN; (SENDO ACEITO CARTUCHO NOVO, SIMILAR E 100% COMPATÍVEL COM OS MODELOS DAS IMPRESSORAS, NÃO SENDO ACEITO CARTUCHO REMANUFATURADO, RECARREGADO OU RECONDICIONADO). CÓDIGO BEC 3806529 <b>TRIVER</b>	22,9000	458,00

<b>Pedido 1471/2018</b>	<b>Total</b>	<b>458,00</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>458,00</b>

( QUATROCENTOS E CINQUENTA E OITO REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 1471/2018**

**Categoria Econômica: 3.3.90.30.17 - MATERIAL DE CONSUMO**

**Modalidade: 4/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO**

**Processo Nº: 1480/2018    Empenho: 2807/2018 - 28/02/2018**

**Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE    Ata de Registro de Preço Nº: 47/2017**

---

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

---

---

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 1472/2018

**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.17 - MATERIAL DE CONSUMO

**Modalidade:** 4/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 1481/2018 **Empenho:** 2808/2018 - 28/02/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 39/2017

**Fornecedor** 10531 **ANDERSON HENRIQUE DA SILVA MORAES ME**

**Nome Fantasia**

**Endereço** RUA MAJOR JOÃO BATISTA FRANCA, 1701

**Bairro** PARQUE INDUSTRIAL

**Cidade** SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

**Estado** SP

**CEP** 15025-610

**Nº Telefone** (017) 3011-2349

**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 02.437.839/0001-17

**Nº Fax** ( )

**Inscr. Estadual**

**Inscr. Municipal**

**e-mail** licitartudo@gmail.com

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO SAÚDE

**Ficha Nº** 713

**Dest. Recurso** 013100000

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

**Unidade Orçamentaria** 11502 ATENÇÃO BÁSICA

**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Prazo Entrega** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Objeto** Registro de Preços para aquisição de CARTUCHOS DE TINTA E TONER.

**Aplicação** DEPTO. DE SAÚDE

**Nº Requisição** 1888/2018

**Responsável** joao.gabriel

**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	015.001.00182/CARTUCHO DE TONER 524H (52D4H00), PRETO, CAPACIDADE DE IMPRESSÃO DE 25.000 PÁGINAS, COMPONENTES 100% NOVOS; PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE ENTREGA; COM IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR NA EMBALAGEM, COMPATÍVEL COM AS SEGUINTE IMPRESSORAS: LEXMARK MS812 LEXMARK MS812 LEXMARK MS810 LEXMARK MS811 LEXMARK MS810 (SENDO ACEITO CARTUCHO NOVO, SIMILAR E 100% COMPATÍVEL COM OS MODELOS DAS IMPRESSORAS, NÃO SENDO ACEITO CARTUCHO REMANUFATURADO, RECARREGADO OU RECONDICIONADO). CÓDIGO BEC: 4000943. DSI	208,0000	208,00

<b>Pedido 1472/2018</b>	<b>Total</b>	<b>208,00</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>208,00</b>

**( DUZENTOS E OITO REAIS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018**



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 1472/2018**

**Categoria Econômica: 3.3.90.30.17 - MATERIAL DE CONSUMO**

**Modalidade: 4/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO**

**Processo Nº: 1481/2018 Empenho: 2808/2018 - 28/02/2018**

**Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE Ata de Registro de Preço Nº: 39/2017**

---

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

---

\_\_\_\_\_  
RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

\_\_\_\_\_  
RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO





**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 1473/2018  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.17 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** 4/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO  
**Processo Nº:** 1482/2018 **Empenho:** 2809/2018 - 28/02/2018  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 39/2017

**Fornecedor** 10531 **ANDERSON HENRIQUE DA SILVA MORAES ME**  
**Nome Fantasia**  
**Endereço** RUA MAJOR JOÃO BATISTA FRANCA, 1701 **Bairro** PARQUE INDUSTRIAL  
**Cidade** SÃO JOSÉ DO RIO PRETO **Estado** SP  
**CEP** 15025-610 **Nº Telefone** (017) 3011-2349  
**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 02.437.839/0001-17 **Nº Fax** ( )  
**Inscr. Estadual** **Inscr. Municipal**  
**e-mail** licitartudo@gmail.com

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

**Endereço** AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902  
**Unidade Orçamentaria** 11501 **GESTÃOS DO SUS**  
**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Prazo Entrega** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Objeto** Registro de Preços para aquisição de CARTUCHOS DE TINTA E TONER.  
**Aplicação** DEPTO. DE SAÚDE  
**Nº Requisição** 1887/2018

**Responsável** joao.gabriel

**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	UN	015.001.00182/CARTUCHO DE TONER 524H (52D4H00), PRETO, CAPACIDADE DE IMPRESSÃO DE 25.000 PÁGINAS, COMPONENTES 100% NOVOS; PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE ENTREGA; COM IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR NA EMBALAGEM, COMPATÍVEL COM AS SEGUINTE IMPRESSORAS: LEXMARK MS812 LEXMARK MS812 LEXMARK MS810 LEXMARK MS811 LEXMARK MS810 (SENDO ACEITO CARTUCHO NOVO, SIMILAR E 100% COMPATÍVEL COM OS MODELOS DAS IMPRESSORAS, NÃO SENDO ACEITO CARTUCHO REMANUFATURADO, RECARREGADO OU RECONDICIONADO). CÓDIGO BEC: 4000943. DSI	208,0000	1.248,00

<b>Pedido 1473/2018</b>	<b>Total</b>	<b>1.248,00</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>1.248,00</b>

**( UM MIL E DUZENTOS E QUARENTA E OITO REAIS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018**



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 1473/2018**

**Categoria Econômica: 3.3.90.30.17 - MATERIAL DE CONSUMO**

**Modalidade: 4/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO**

**Processo Nº: 1482/2018    Empenho: 2809/2018 - 28/02/2018**

**Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE    Ata de Registro de Preço Nº: 39/2017**

---

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

---

---

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 1468/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 1474/2018

Categoria Econômica: 3.3.90.30.16 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade: 4/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 1483/2018 Empenho: 2803/2018 - 28/02/2018

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE Ata de Registro de Preço Nº: 45/2017

Fornecedor 10779 MTSI COMERCIO E SERVICOS DE IMPRESSAO EIRELI - ME

Nome Fantasia

Endereço R TAQUARI, 1301 - SALA 02

Bairro MOOCA

Cidade SÃO PAULO

Estado SP

CEP 03166-001

Nº Telefone (011) 2692-5247

C.P.F / C.N.P.J. Nº 26.145.027/0001-66

Nº Fax ( )

Inscr. Estadual 142.240.104.110

Inscr. Municipal

e-mail mtsi.26145@gmail.com

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE

Ficha Nº 756

Dest. Recurso 053000039

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

Unidade Orçamentaria 11503 MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Validade CONFORME ATA DE REGISTRO

Prazo Entrega CONFORME ATA DE REGISTRO DE Prazo de Pagto CONFORME ATA DE REGISTRO

Garantia CONFORME ATA DE REGISTRO

Objeto Registro de Preços para aquisição de CARTUCHOS DE TINTA E TONER.

Aplicação DEPTO. DE SAÚDE - CEREST

Nº Requisição 1892/2018

Responsável joao.gabriel

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	4	UN	015.002.00009/CARTUCHO DE TONER, REFERÊNCIA: HP 81A (CF281A), PRETO, COMPATÍVEL, CAPACIDADE DE IMPRESSÃO MÉDIA DE 10.500 PÁGINAS, COMPONENTES 100% NOVOS; PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE ENTREGA; COM IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR NA EMBALAGEM, COMPATÍVEL COM AS SEGUINTE IMPRESSORAS: HP LASERJET ENTERPRISE M601N, HP LASERJET ENTERPRISE M606DN, HP LASERJET ENTERPRISE M603DW, HP LASERJET ENTERPRISE M604DN, HP LASERJET ENTERPRISE M605N, HP LASERJET ENTERPRISE M630H, HP LASERJET ENTERPRISE M630Z, HP LASERJET ENTERPRISE M630F. (SENDO ACEITO CARTUCHO NOVO, SIMILAR E 100% COMPATÍVEL COM OS MODELOS DAS IMPRESSORAS, NÃO SENDO ACEITO CARTUCHO REMANUFATURADO, RECARREGADO OU RECONDICIONADO). CÓDIGO BEC 4610938 MTSI	245,0000	980,00

Pedido 1474/2018	Total	980,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	980,00

( NOVECENTOS E OITENTA REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 1474/2018**

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

**Modalidade: 4/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO**

**Processo Nº: 1483/2018 Empenho: 2803/2018 - 28/02/2018**

**Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE Ata de Registro de Preço Nº: 45/2017**

---

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

---

---

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 1468/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 1475/2018  
 Categoria Econômica: 3.3.90.30.17 - MATERIAL DE CONSUMO  
 Modalidade: 4/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO  
 Processo Nº: 1484/2018 Empenho: 2804/2018 - 28/02/2018  
 Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE Ata de Registro de Preço Nº: 45/2017

Fornecedor 10779 MTSI COMERCIO E SERVICOS DE IMPRESSAO EIRELI - ME  
 Nome Fantasia  
 Endereço R TAQUARI, 1301 - SALA 02 Bairro MOOCA  
 Cidade SÃO PAULO Estado SP  
 CEP 03166-001 Nº Telefone (011) 2692-5247  
 C.P.F / C.N.P.J. Nº 26.145.027/0001-66 Nº Fax ( )  
 Inscr. Estadual 142.240.104.110 Inscr. Municipal  
 e-mail mtsi.26145@gmail.com

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE Ficha Nº 801 Dest. Recurso 053000009

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902  
 Unidade Orçamentaria 11504 VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
 Validade CONFORME ATA DE REGISTRO  
 Prazo Entrega CONFORME ATA DE REGISTRO DE Prazo de Pagto CONFORME ATA DE REGISTRO  
 Garantia CONFORME ATA DE REGISTRO  
 Objeto Registro de Preços para aquisição de CARTUCHOS DE TINTA E TONER.  
 Aplicação DEPTO. DE SAÚDE - SAE  
 Nº Requisição 1891/2018

Responsável joao.gabriel

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	015.001.00282/CARTUCHO DE TONER, COMPATÍVEL, REFERÊNCIA: MODELO HP 201A (CF403A), MAGENTA, CAPACIDADE DE IMPRESSÃO DE 1.400 PÁGINAS, COMPONENTES 100% NOVOS; PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE ENTREGA; COM IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR NA EMBALAGEM, COMPATÍVEL COM AS SEGUINTE IMPRESSORAS: HP COLOR LASERJET PRO M252 HP COLOR LASERJET PRO MFP M277 (SENDO ACEITO CARTUCHO NOVO, SIMILAR E 100% COMPATÍVEL COM OS MODELOS DAS IMPRESSORAS, NÃO SENDO ACEITO CARTUCHO REMANUFATURADO, RECARREGADO OU RECONDICIONADO). CÓDIGO BEC 4619277 MTSI	115,0000	575,00

Pedido 1475/2018	Total	575,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	575,00

( QUINHENTOS E SETENTA E CINCO REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 1475/2018**

**Categoria Econômica: 3.3.90.30.17 - MATERIAL DE CONSUMO**

**Modalidade: 4/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO**

**Processo Nº: 1484/2018    Empenho: 2804/2018 - 28/02/2018**

**Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE    Ata de Registro de Preço Nº: 45/2017**

---

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

---

---

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 1476/2018  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.17 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** 4/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO  
**Processo Nº:** 1485/2018 **Empenho:** 2805/2018 - 28/02/2018  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 41/2017

**Fornecedor** 10776 **BRUNO FELIPE SARRO DE ALMEIDA - ME**  
**Nome Fantasia** SA CARTUCHOS E TONERS  
**Endereço** 9A R OSVALDO CIFUENTES REPAS, 274 **Bairro** SANTA GUILHERMINA  
**Cidade** PIRAJUI **Estado** SP  
**CEP** 16600-000 **Nº Telefone** (014) 99662-0290  
**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 17.681.870/0001-76 **Nº Fax** (014) 98102-6240  
**Inscr. Estadual** 538.020.954.118 **Inscr. Municipal**  
**e-mail** s\_a\_toner@hotmail.com

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO SAÚDE **Ficha Nº** 801 **Dest. Recurso** 053000009

**Endereço** AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902  
**Unidade Orçamentaria** 11504 **VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Prazo Entrega** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Objeto** Registro de Preços para aquisição de CARTUCHOS DE TINTA E TONER.  
**Aplicação** DEPTO. DE SAÚDE  
**Nº Requisição** 1889/2018

**Responsável** joao.gabriel

**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	14	UN	015.001.00188/CARTUCHO DE TONER REFERÊNCIA: HP CE278A, RENDIMENTO 2100 PÁGINAS; LASERJET PRO P1566/P1560/P1600/P1606/M1530; PRETO; COMPONENTES 100% NOVOS; VALIDADE MÍNIMA 12 MESES A PARTIR DA DATA DA ENTREGA; EMBALAGEM COM IDENTIFICACAO DO FORNECEDOR; (SENDO ACEITO CARTUCHO NOVO, SIMILAR E 100% COMPATÍVEL COM OS MODELOS DAS IMPRESSORAS, NÃO SENDO ACEITO CARTUCHO REMANUFATURADO, RECARREGADO OU RECONDICIONADO). CÓDIGO BEC 3312607 <b>MULTI C. NACIONAL</b>	16,8000	235,20

<b>Pedido 1476/2018</b>	<b>Total</b>	<b>235,20</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>235,20</b>

( DUZENTOS E TRINTA E CINCO REAIS E VINTE CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Nº Pedido de Compra:** 1477/2018

**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.17 - MATERIAL DE CONSUMO

**Modalidade:** 4/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 1486/2018 **Empenho:** 2810/2018 - 28/02/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 49/2017

<b>Fornecedor</b>	<b>5765</b>	<b>TECH LASER COMÉRCIO DE CARTUCHOS E TONER LTDA</b>
<b>Nome Fantasia</b>		<b>TECH LASER COMÉRCIO DE CARTUCHOS E TONER LTDA</b>
<b>Endereço</b>	RUA ANGATURAMA, Nº336	Bairro VILA MORAES
<b>Cidade</b>	SÃO PAULO	Estado SP
<b>CEP</b>	04164-010	Nº Telefone (011) 2503-2029
<b>C.P.F / C.N.P.J. Nº</b>	09.641.048/0001-53	Nº Fax (011) 2503-2029
<b>Inscr. Estadual</b>		Inscr. Municipal
<b>e-mail</b>	sac@tlcartuchos.com.br	

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO SAÚDE **Ficha Nº 713** **Dest. Recurso** 013100000

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

**Unidade Orçamentaria** 11502 ATENÇÃO BÁSICA

**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Prazo Entrega** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Objeto** Registro de Preços para aquisição de CARTUCHOS DE TINTA E TONER.

**Aplicação** DEPTO. DE SAÚDE

**Nº Requisição** 1880/2018

**Responsável** joao.gabriel

**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	72	UN	015.001.00197/CARTUCHO DE TONER COMPATÍVEL, REFERÊNCIA: MODELO HP 05A (CE505A), PRETO, CAPACIDADE DE IMPRESSÃO DE 2.300 PÁGINAS, COMPONENTES 100% NOVOS; PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE ENTREGA; COM IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR NA EMBALAGEM, COMPATÍVEL COM AS SEGUINTE IMPRESSORAS: HP LASERJET P2055DN PRINTER, HP LASERJET P2055D PRINTER, HP LASERJET P2055X PRINTER, HP LASERJET P2035 PRINTER, HP LASERJET P2035N PRINTER. (SENDO ACEITO CARTUCHO NOVO, SIMILAR E 100% COMPATÍVEL COM OS MODELOS DAS IMPRESSORAS, NÃO SENDO ACEITO CARTUCHO REMANUFATURADO, RECARREGADO OU RECONDICIONADO). CÓDIGO BEC: 3009041. <b>TECH LASER/ TONER COMPATÍVEL CE505A</b>	18,9000	1.360,80

<b>Pedido 1477/2018</b>	<b>Total</b>	<b>1.360,80</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>1.360,80</b>

**( UM MIL E TREZENTOS E SESENTA REAIS E OITENTA CENTAVOS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018**





**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 1477/2018**

**Categoria Econômica: 3.3.90.30.17 - MATERIAL DE CONSUMO**

**Modalidade: 4/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO**

**Processo Nº: 1486/2018    Empenho: 2810/2018 - 28/02/2018**

**Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE    Ata de Registro de Preço Nº: 49/2017**

---

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

---

\_\_\_\_\_  
RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

\_\_\_\_\_  
RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 1478/2018

**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.17 - MATERIAL DE CONSUMO

**Modalidade:** 4/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 1487/2018 **Empenho:** 2806/2018 - 28/02/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 44/2017

**Fornecedor** 10303 **MARYPAM COMERCIAL EIRELI EPP**

**Nome Fantasia**

Endereço RUA LAPA, 723

Bairro PAULICEIA

Cidade SAO BERNARDO DO CAMPO

Estado SP

CEP 09689-040

Nº Telefone (011) 4361 1804

C.P.F / C.N.P.J. Nº 02.877.958/0001-90

Nº Fax ( )

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail marypam@uol.com.br, danilo@novasupri.com.br

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO SAÚDE

Ficha Nº 801

Dest. Recurso 053000009

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

Unidade Orçamentaria 11504 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Validade CONFORME ATA DE REGISTRO

Prazo Entrega CONFORME ATA DE REGISTRO DE Prazo de Pagto CONFORME ATA DE REGISTRO

Garantia CONFORME ATA DE REGISTRO

Objeto Registro de Preços para aquisição de CARTUCHOS DE TINTA E TONER.

Aplicação DEPTO. DE SAÚDE - SAE

Nº Requisição 1882/2018

Responsável **joao.gabriel**

**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	015.001.00279/CARTUCHO DE TONER, COMPATÍVEL, REFERÊNCIA: MODELO HP 201A (CF400A), PRETO, CAPACIDADE DE IMPRESSÃO DE 1.500 PÁGINAS, COMPONENTES 100% NOVOS; PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE ENTREGA; COM IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR NA EMBALAGEM, COMPATÍVEL COM AS SEGUINTE IMPRESSORAS: HP COLOR LASERJET PRO M252 HP COLOR LASERJET PRO MFP M277 (SENDO ACEITO CARTUCHO NOVO, SIMILAR E 100% COMPATÍVEL COM OS MODELOS DAS IMPRESSORAS, NÃO SENDO ACEITO CARTUCHO REMANUFATURADO, RECARREGADO OU RECONDICIONADO). CÓDIGO BEC 4619226 <b>NOVA SUPRI</b>	119,0000	595,00
002	5	UN	015.001.00280/CARTUCHO DE TONER, COMPATÍVEL, REFERÊNCIA: MODELO HP 201A (CF401A), CIANO, CAPACIDADE DE IMPRESSÃO DE 1.400 PÁGINAS, COMPONENTES 100% NOVOS; PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE ENTREGA; COM IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR NA EMBALAGEM, COMPATÍVEL COM AS SEGUINTE IMPRESSORAS: HP COLOR LASERJET PRO M252 HP COLOR LASERJET PRO MFP M277 (SENDO ACEITO CARTUCHO NOVO, SIMILAR E 100% COMPATÍVEL COM OS MODELOS DAS IMPRESSORAS, NÃO SENDO ACEITO CARTUCHO REMANUFATURADO, RECARREGADO OU RECONDICIONADO). CÓDIGO BEC 4619234	119,0000	595,00



Pedido de Compra 1468/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 1478/2018

Categoria Econômica: 3.3.90.30.17 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade: 4/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 1487/2018 Empenho: 2806/2018 - 28/02/2018

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Ata de Registro de Preço Nº: 44/2017

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

NOVA SUPRI

003	5	UN	015.001.00281/CARTUCHO DE TONER, COMPATÍVEL, REFERÊNCIA: MODELO HP 201A (CF402A), AMARELO, CAPACIDADE DE IMPRESSÃO DE 1.400 PÁGINAS, COMPONENTES 100% NOVOS; PRAZO DE VALIDADE MÍNIMO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DE ENTREGA; COM IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR NA EMBALAGEM, COMPATÍVEL COM AS SEGUINTE IMPRESSORAS: HP COLOR LASERJET PRO M252 HP COLOR LASERJET PRO MFP M277 (SENDO ACEITO CARTUCHO NOVO, SIMILAR E 100% COMPATÍVEL COM OS MODELOS DAS IMPRESSORAS, NÃO SENDO ACEITO CARTUCHO REMANUFATURADO, RECARREGADO OU RECONDICIONADO). CÓDIGO BEC 4619269 NOVA SUPRI	120,0000	600,00
-----	---	----	--	----------	--------

Pedido 1478/2018	Total	1.790,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	1.790,00

( UM MIL E SETECENTOS E NOVENTA REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 1479/2018**

**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.17 - MATERIAL DE CONSUMO

**Modalidade:** 4/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 1488/2018 **Empenho:** 2811/2018 - 28/02/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 44/2017

**Fornecedor 10303 MARYPAM COMERCIAL EIRELI EPP**

**Nome Fantasia**

Endereço RUA LAPA, 723 Bairro PAULICEIA  
 Cidade SAO BERNARDO DO CAMPO Estado SP  
 CEP 09689-040 Nº Telefone (011) 4361 1804  
 C.P.F / C.N.P.J. Nº 02.877.958/0001-90 Nº Fax ( )  
 Inscr. Estadual Inscr. Municipal  
 e-mail marypam@uol.com.br, danilo@novasupri.com.br

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO SAÚDE **Ficha Nº 713 Dest. Recurso** 013100000

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902  
 Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA  
 Validade CONFORME ATA DE REGISTRO  
 Prazo Entrega CONFORME ATA DE REGISTRO DE Prazo de Pagto CONFORME ATA DE REGISTRO  
 Garantia CONFORME ATA DE REGISTRO  
 Objeto Registro de Preços para aquisição de CARTUCHOS DE TINTA E TONER.  
 Aplicação DEPTO. DE SAÚDE  
 Nº Requisição 1881/2018

Responsável **joao.gabriel**

**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	4	UN	015.001.00178/CARTUCHO DE TONER PARA IMPRESSORA; BROTHER; TN210BK, RENDIMENTO 2200 CÓPIAS; HL3040CN; PRETO; ORIGINAL DO FABRICANTE DO EQUIPAMENTO (SENDO ACEITO TONER NOVO, SIMILAR E 100% COMPATÍVEL COM OS MODELOS DAS IMPRESSORAS, NÃO SENDO ACEITO TONER REMANUFATURADO, RECARREGADO OU RECONDICIONADO), COMPONENTES 100% NOVOS; VALIDADE MINIMA 12 MESES A PARTIR DA DATA DA ENTREGA; EMBALAGEM COM IDENTIFICACAO DO FORNECEDOR; CÓDIGO BEC 3614930 <b>NOVA SUPRI</b>	45,0000	180,00
002	2	UN	015.001.00179/CARTUCHO DE TONER PARA IMPRESSORA; BROTHER; TN210C, RENDIMENTO 1400 COPIAS; HL3040CN; CIANO; ORIGINAL DO FABRICANTE DO EQUIPAMENTO (SENDO ACEITO TONER NOVO, SIMILAR E 100% COMPATÍVEL COM OS MODELOS DAS IMPRESSORAS, NÃO SENDO ACEITO TONER REMANUFATURADO, RECARREGADO OU RECONDICIONADO), COMPONENTES 100% NOVOS; VALIDADE MINIMA 12 MESES A PARTIR DA DATA DA ENTREGA; EMBALAGEM COM IDENTIFICACAO DO FORNECEDOR; CÓDIGO BEC 3614948 <b>NOVA SUPRI</b>	55,5000	111,00



Pedido de Compra 1468/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 1479/2018

Categoria Econômica: 3.3.90.30.17 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade: 4/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 1488/2018 Empenho: 2811/2018 - 28/02/2018

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE Ata de Registro de Preço Nº: 44/2017

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
003	2	UN	015.001.00180/CARTUCHO DE TONER PARA IMPRESSORA; BROTHER; TN210M, RENDIMENTO 1400 COPIAS; HL3040CN; MAGENTA; ORIGINAL DO FABRICANTE DO EQUIPAMENTO (SENDO ACEITO TONER NOVO, SIMILAR E 100% COMPATÍVEL COM OS MODELOS DAS IMPRESSORAS, NÃO SENDO ACEITO TONER REMANUFATURADO, RECARREGADO OU RECONDICIONADO), COMPONENTES 100% NOVOS; VALIDADE MINIMA 12 MESES A PARTIR DA DATA DA ENTREGA; EMBALAGEM COM IDENTIFICACAO DO FORNECEDOR; CÓDIGO BEC 3614956 <b>NOVA SUPRI</b>	55,5000	111,00
004	2	UN	015.001.00181/CARTUCHO DE TONER PARA IMPRESSORA; BROTHER; TN210Y, RENDIMENTO 1400 COPIAS; HL3040CN; AMARELO; ORIGINAL DO FABRICANTE DO EQUIPAMENTO (SENDO ACEITO TONER NOVO, SIMILAR E 100% COMPATÍVEL COM OS MODELOS DAS IMPRESSORAS, NÃO SENDO ACEITO TONER REMANUFATURADO, RECARREGADO OU RECONDICIONADO), COMPONENTES 100% NOVOS; VALIDADE MINIMA 12 MESES A PARTIR DA DATA DA ENTREGA; EMBALAGEM COM IDENTIFICACAO DO FORNECEDOR; CÓDIGO BEC 3614964 <b>NOVA SUPRI</b>	55,5000	111,00

Pedido 1479/2018	Total	513,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	513,00

( QUINHENTOS E TREZE REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Nº Pedido de Compra:** 1480/2018

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

**Modalidade:** 65/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 1489/2018 **Empenho:** 2798/2018 - 28/02/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 76/2017

**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** 828 **Dest. Recurso** 013100000

**Endereço** AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902  
**Unidade Orçamentaria** 11505 **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Prazo Entrega** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Objeto** REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE DIETAS, SUPLEMENTOS E FÓRMULAS.  
**Aplicação** DEPTO. DE SAÚDE - FARMÁCIA DE AÇÃO JUDICIAL  
**Nº Requisição** 1901/2018

**Responsável** joao.gabriel

**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	100.002.00064/ZIRVIT MULTI DESCRIÇÃO: CADA COMPRIMIDO REVESTIDO CONTÉM: ACETATO DE RETINOL (VITAMINA A) 5000 UI, ACETATO DE TOCOFEROL (VITAMINA E) 30 UI, ÁCIDO ASCÓRBICO (VITAMINA C) 600 MG, ÁCIDO PANTOTÊNICO 10 MG, ÁCIDO FÓLICO 400 MCG, BIOTINA 30 MCG, CÁLCIO (FOSFATO DE CÁLCIO DIBÁSICO) 162 MG, CIANOCOBALAMINA (VITAMINA B12) 6 MCG, CLORIDRATO DE PIRIDOXINA (VITAMINA B6) 2 MG, CLORETO DE POTÁSSIO 36,3 MG, COBRE (OXIDO CÚPRICO) 2 MG, COLECALCIFEROL (VITAMINA D3) 400 UI, CROMO 25 MCG, ESTANHO 10 MCG, FERRO 18 MG, FITOMENADIONA (VITAMINA K1) 25 MCG, FÓSFORO 125 MG, IODO 150 MCG, MAGNÉSIO 100 MG, MANGANÊS 2,5 MG, MOLIBDÊNIO 25 MCG, MONONITRATO DE TIAMINA (VITAMINA B1) 1,5 MG, NICOTINAMIDA 20 MG, NÍQUEL 5 MCG, POTÁSSIO 40 MG, RIBOFLAVINA (VITAMINA B2) 1,7 MG, SELÊNIO 25 MCG, SILÍCIO 10 MCG, VANÁDIO 10 MCG, ZINCO 15 MG, EXCIPIENTES QSP 1 COMPRIMIDO REVESTIDO. CÓDIGO BEC: 3970019 <b>ZIRVIT MULTI</b>	2,3600	141,60

<b>Pedido 1480/2018</b>	<b>Total</b>	<b>141,60</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>141,60</b>



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 1480/2018**

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

**Modalidade:** 65/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 1489/2018 **Empenho:** 2798/2018 - 28/02/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 76/2017

---

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

---

( CENTO E QUARENTA E UM REAIS E SESENTA CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018

---

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

---

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 1481/2018**

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

**Modalidade:** 65/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 1490/2018 **Empenho:** 2794/2018 - 28/02/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 70/2017

**Fornecedor 5194**

**BARONI COM DE PROD NUT. E HOSP. - EI RELI**

**Nome Fantasia**

**BARONI & FABBRI COM DE PROD NUT. E HOSP. LTDA - ME**

**Endereço** RUA ELISEU GUILHERME, 114

Bairro JARDIM SUMARÉ

**Cidade** RIBEIRÃO PRETO

Estado SP

**CEP** 14025-020

**Nº Telefone** (016) 3234-9555

**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 09.394.802/0001-06

**Nº Fax** (016) 0324-9555

**Inscr. Estadual**

**Inscr. Municipal**

**e-mail** ribeiraopreto@humanaalimentar.com.br

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO SAÚDE

**Ficha Nº 830**

**Dest. Recurso** 053000032

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

**Unidade Orçamentaria** 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Prazo Entrega** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Objeto** REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE DIETAS, SUPLEMENTOS E FÓRMULAS.

**Aplicação** DEPTO. DE SAÚDE

**Nº Requisição** 1907/2018

**Responsável** joao.gabriel

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

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

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

**Inscrição Nº** 0

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

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

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

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	60	UN	100.002.00451/ALIMENTO COM SOJA, INDICADO PARA INTOLERANTES À LACTOSE E ALÉRGICOS À PROTEÍNA DO LEITE. ENRIQUECIDO COM 21 VITAMINAS E MINERAIS, RICO EM CÁLCIO, ADICIONADO DE L-METIONINA. ISENTO DE LACTOSE E GLÚTEN. LATA 300G. APRESENTAR AMOSTRA. SOYPLEX	16,7000	1.002,00

<b>Pedido 1481/2018</b>	<b>Total</b>	<b>1.002,00</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>1.002,00</b>

( UM MIL E DOIS REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO





**Nº Pedido de Compra:** 1482/2018

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

**Modalidade:** 65/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 1491/2018 **Empenho:** 2799/2018 - 28/02/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 70/2017

**Fornecedor** 5194 **BARONI COM DE PROD NUT. E HOSP. - EI RELI**

**Nome Fantasia** **BARONI & FABBRI COM DE PROD NUT. E HOSP. LTDA - ME**

**Endereço** RUA ELISEU GUILHERME, 114 **Bairro** JARDIM SUMARÉ

**Cidade** RIBEIRÃO PRETO **Estado** SP

**CEP** 14025-020

**Nº Telefone** (016) 3234-9555

**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 09.394.802/0001-06

**Nº Fax** (016) 0324-9555

**Inscr. Estadual**

**Inscr. Municipal**

**e-mail** ribeiraopreto@humanaalimentar.com.br

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO SAÚDE

**Ficha Nº** 828

**Dest. Recurso** 013100000

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

**Unidade Orçamentaria** 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Prazo Entrega** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Objeto** REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE DIETAS, SUPLEMENTOS E FÓRMULAS.

**Aplicação** DEPTO. DE SAÚDE - FARMÁCIA DE AÇÃO JUDICIAL

**Nº Requisição** 1903/2018

**Responsável** joao.gabriel

**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	350	LT	100.002.00442/DIETA ENTERAL LÍQUIDA NUTRICIONALMENTE COMPLETA, HIPERCALÓRICA (1,5 KCAL/ML) E NORMOPROTEICA. ISENTA DE FIBRAS, SACAROSE, LACTOSE E GLÚTEN. DIETA PARA USO ENTERAL, POLIMÉRICA, NUTRICIONALMENTE COMPLETA, ISENTA DE LACTOSE, SACAROSE E FIBRAS, E ATENDA IDR PARA VITAMINAS E MINERAIS EM MENOS DE 1500 ML/ 1500 KCAL, QUE ATENDA RECOMENDAÇÃO DA AHA, SENDO GORDURA SATURADA MENOR QUE 10% VCT. APRESENTAÇÃO LÍQUIDA EM EMBALAGEM TIPO TETRA OU BAG DE 1000 ML. APRESENTAR AMOSTRA. <b>TROPIC 1.5</b>	24,5000	8.575,00

<b>Pedido 1482/2018</b>	<b>Total</b>	<b>8.575,00</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>8.575,00</b>

**( OITO MIL E QUINHENTOS E SETENTA E CINCO REAIS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018**



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 1482/2018**

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

**Modalidade: 65/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO**

**Processo Nº: 1491/2018      Empenho: 2799/2018 - 28/02/2018**

**Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE      Ata de Registro de Preço Nº: 70/2017**

---

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

---

---

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

---

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 1483/2018  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 65/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO  
**Processo Nº:** 1492/2018 **Empenho:** 2795/2018 - 28/02/2018  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 75/2017

**Fornecedor** 10442 **MEDICAM MEDICAMENTOS CAMPINAS LTDA ME**  
**Nome Fantasia**  
**Endereço** RUA BENJAMIN CONSTANT, 1431 **Bairro** CENTRO  
**Cidade** CAMPINAS **Estado** SP  
**CEP** 13010-141 **Nº Telefone** (019) 3275-0024  
**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 59.682.625/0001-23 **Nº Fax** ( )  
**Inscr. Estadual** **Inscr. Municipal**  
**e-mail** fabricia@medicam.com.br; pedido@medicam.com.br

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO SAÚDE **Ficha Nº** 830 **Dest. Recurso** 053000032

**Endereço** AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902  
**Unidade Orçamentaria** 11505 **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Prazo Entrega** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Objeto** REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE DIETAS, SUPLEMENTOS E FÓRMULAS.  
**Aplicação** DEPTO. DE SAÚDE  
**Nº Requisição** 1909/2018

**Responsável** joao.gabriel

**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	UN	100.002.00448/SUPLEMENTO FORMULADO PARA PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS EM DIÁLISE. COM DENSIDADE CALÓRICA MÍNIMA 1.8 A 2.0 KCAL/ML E HIPERPROTÉICO. ISENTO DE LACTOSE E GLÚTEN. BAIXOS TEORES DE POTÁSSIO, CLORETO, SÓDIO, CÁLCIO, FERRO, MAGNÉSIO, COBRE, VITAMINA A, VITAMINA D E VITAMINA K. SABOR BAUNILHA. APRESENTAÇÃO: MÍNIMO 200ML. APRESENTAR AMOSTRA <b>NOVASOURCE REN/NESTLE</b>	9,4000	1.880,00

<b>Pedido 1483/2018</b>	<b>Total</b>	<b>1.880,00</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>1.880,00</b>

( UM MIL E OITOCENTOS E OITENTA REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
 CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

RENATA MOYSES CASSIANO  
 DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 1468/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 1484/2018  
Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
Modalidade: 65/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO  
Processo Nº: 1493/2018 Empenho: 2800/2018 - 28/02/2018  
Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE Ata de Registro de Preço Nº: 75/2017

Fornecedor 10442 MEDICAM MEDICAMENTOS CAMPINAS LTDA ME  
Nome Fantasia

Endereço RUA BENJAMIN CONSTANT, 1431 Bairro CENTRO  
Cidade CAMPINAS Estado SP  
CEP 13010-141 Nº Telefone (019) 3275-0024  
C.P.F / C.N.P.J. Nº 59.682.625/0001-23 Nº Fax ( )  
Inscr. Estadual Inscr. Municipal  
e-mail fabricia@medicam.com.br; pedido@medicam.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE Ficha Nº 828 Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902  
Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
Validade CONFORME ATA DE REGISTRO  
Prazo Entrega CONFORME ATA DE REGISTRO DE Prazo de Pagto CONFORME ATA DE REGISTRO  
Garantia CONFORME ATA DE REGISTRO  
Objeto REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE DIETAS, SUPLEMENTOS E FÓRMULAS.  
Aplicação DEPTO. DE SAÚDE  
Nº Requisição 1904/2018

Responsável joao.gabriel

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	30	UN	100.002.00558/COMPLEMENTO ALIMENTAR EM PÓ PARA ADULTO, ENRIQUECIDO COM VITAMINAS E MINERAIS, CÁLCIO E FERRO. LATA COM NO MÍNIMO 400G. SABOR CHOCOLATE. <b>SUSTAGEN</b>	39,4000	1.182,00

Pedido 1484/2018	Total	1.182,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	1.182,00

( UM MIL E CENTO E OITENTA E DOIS REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Nº Pedido de Compra:** 1485/2018

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

**Modalidade:** 65/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 1494/2018 **Empenho:** 2801/2018 - 28/02/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 74/2017

**Fornecedor** 10952 **M A BATISTA EIRELI - ME**  
**Nome Fantasia** **BOTU MED**

**Endereço** R DOUTOR COSTA LEITE, 1397 **Bairro** CENTRO  
**Cidade** BOTUCATU **Estado** SP  
**CEP** 18602-110 **Nº Telefone** (014) 3112-0244  
**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 10.769.075/0001-95 **Nº Fax** ( )  
**Inscr. Estadual** **Inscr. Municipal**

**e-mail** mauriliobatista@ig.com.br

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO SAÚDE **Ficha Nº** 828 **Dest. Recurso** 013100000

**Endereço** AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902  
**Unidade Orçamentaria** 11505 **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Prazo Entrega** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Objeto** REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE DIETAS, SUPLEMENTOS E FÓRMULAS.  
**Aplicação** DEPTO. DE SAÚDE  
**Nº Requisição** 1905/2018

**Responsável** joao.gabriel

**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	236	KG	100.002.00495/FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO COM FERRO, A BASE DE LEITE, PARA LACTENTES A PARTIR DOS 6 MESES; CONTENDO ARA, DHA E PROBIÓTICOS; ATENDENDO A REGULAMENTAÇÃO DA PORTARIA Nº 977/1998 ANVISA/MS E CODEX ALIMENTARIUS FAO/MS; EM LATAS DE 400 OU 800 GRAMAS; VALIDADE MÍNIMA DE 6 MESES A PARTIR DA ENTREGA. APRESENTAR AMOSTRA APTAMIL 2	35,0000	8.260,00

<b>Pedido 1485/2018</b>	<b>Total</b>	<b>8.260,00</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>8.260,00</b>

**( OITO MIL E DUZENTOS E SESSENTA REAIS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018**

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO  
 DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 1486/2018**

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

**Modalidade:** 65/2017 - PR-E PREGAO ELETRONICO

**Processo Nº:** 1495/2018 **Empenho:** 2796/2018 - 28/02/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 71/2017

**Fornecedor** 10953 **J M M PAULA GARCIA DISTRIBUIDORA - ME**  
**Nome Fantasia** **BIOMEDIKA**  
**Endereço** R JOAQUIM GUILHERME DA COSTA, 370 - SL 3 TERREO Bairro PARQUE ORTOLANDIA  
**Cidade** HORTOLÂNDIA Estado SP  
**CEP** 13184-070 **Nº Telefone** (019) 3504-4666  
**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 20.740.314/0001-38 **Nº Fax** (019) 3504-3502  
**Inscr. Estadual** **Inscr. Municipal**  
**e-mail** sac@biomedika.com.br

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO SAÚDE **Ficha Nº** 830 **Dest. Recurso** 053000032

**Endereço** AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902  
**Unidade Orçamentaria** 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Prazo Entrega** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Objeto** REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE DIETAS, SUPLEMENTOS E FÓRMULAS.  
**Aplicação** DEPTO. DE SAÚDE  
**Nº Requisição** 1910/2018

Responsável **joao.gabriel**

**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	672	UN	100.002.00488/COMPLEMENTO ALIMENTAR EM PÓ PARA ADULTO, ENRIQUECIDO COM VITAMINAS E MINERAIS, CÁLCIO E FERRO. LATA COM NO MÍNIMO 400G. SABOR BAUNILHA. <b>SUSTAIN ENERGY</b>	15,0000	10.080,00
002	160	KG	100.002.00494/FÓRMULA INFANTIL COM FERRO A BASE DE LEITE PARA LACTENTES DE 0 A 6 MESES; CONTENDO PROBIÓTICOS, ARA E DHA; DEVENDO ATENDER A REGULAMENTAÇÃO DA PORTARIA Nº 977/1998 ANVISA/MS E CODEX ALIMENTARIUS FAO/OMS; EM LATAS DE 400 OU 800 GRAMAS; VALIDADE MÍNIMA DE 6 MESES A PARTIR DA ENTREGA. APRESENTAR AMOSTRA. <b>APTAMIL PREMIUM 1</b>	32,5000	5.200,00

<b>Pedido 1486/2018</b>	<b>Total</b>	<b>15.280,00</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>15.280,00</b>

**( QUINZE MIL E DUZENTOS E OITENTA REAIS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018**



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 1486/2018**

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

**Modalidade:** 65/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 1495/2018 **Empenho:** 2796/2018 - 28/02/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 71/2017

---

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

---

---

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

---

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Nº Pedido de Compra:** 1487/2018

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

**Modalidade:** 65/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 1496/2018 **Empenho:** 2797/2018 - 28/02/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 72/2017

**Fornecedor** 6708 **SAMAPI PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - EPP**  
**Nome Fantasia** SAMAPI PRODUTOS HOSPITALARES  
**Endereço** R PADRE LOPES, 840 **Bairro** SAO DIMAS  
**Cidade** PIRACICABA **Estado** SP  
**CEP** 13416-080 **Nº Telefone** (019) 3403-7483  
**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 06.635.370/0001-81 **Nº Fax** (019) 99195-6368  
**Inscr. Estadual** 535.367.378.110 **Inscr. Municipal**  
**e-mail** vendashospitalar2@samapi.com.br

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO SAÚDE **Ficha Nº** 830 **Dest. Recurso** 053000032

**Endereço** AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902  
**Unidade Orçamentaria** 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Prazo Entrega** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Objeto** REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE DIETAS, SUPLEMENTOS E FÓRMULAS.  
**Aplicação** DEPTO. DE SAÚDE  
**Nº Requisição** 1908/2018

**Responsável** joao.gabriel

**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	UN	100.002.00489/DIETA NUTRICIONALMENTE COMPLETA PARA CRIANÇAS DE 1 A 10 ANOS, EM PÓ, PARA NUTRIÇÃO ENTERAL OU ORAL, NORMO A HIPERCALÓRICA 1.0 A 1.5 KCAL/ML), NORMO A HIPERPROTÉICA (10 A 20% DE PROTEÍNA), TENDO COMO MAIOR FONTE A PROTEÍNA DO SORO DE LEITE OU CASEINATO; MÁXIMO DE 14% DE PROTEÍNA DE SOJA NORMOGLICÍDICA E NORMOLIPÍDICA. ISENTA DE GLÚTEN. LATAS DE NO MÍNIMO 400G. DILUIÇÃO INSTANTÂNEA. OSMOLARIDADE MÁXIMA 350 MOSMO/L. <b>PEDIASURE I</b>	33,5000	6.700,00

<b>Pedido 1487/2018</b>	<b>Total</b>	<b>6.700,00</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>6.700,00</b>

( SEIS MIL E SETECENTOS REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO





**Nº Pedido de Compra:** 1488/2018

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

**Modalidade:** 65/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 1497/2018 **Empenho:** 2820/2018 - 01/03/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 73/2017

**Fornecedor** 4180 **EMPORIO HOSPITALAR COM PROD CIRURG HOSPITALAR LTDA**  
**Nome Fantasia** EMPÓRIO HOSPITALAR

**Endereço** AV PIERRE SIMON DE LA PLACE, 751 GALPAO 3 E 4 **Bairro** TECHNO PARK  
**Cidade** CAMPINAS **Estado** SP  
**CEP** 13069-320 **Nº Telefone** (999) 19 3758791  
**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 04.106.730/0001-22 **Nº Fax** (999)  
**Inscr. Estadual** **Inscr. Municipal**  
**e-mail** cotacao@grupoemporio.com.br; pedido@grupoemporio.co

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO SAÚDE **Ficha Nº** 828 **Dest. Recurso** 013100000

**Endereço** AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902  
**Unidade Orçamentaria** 11505 **ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA**  
**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Prazo Entrega** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Objeto** REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE DIETAS, SUPLEMENTOS E FÓRMULAS.  
**Aplicação** DEPTO. DE SAÚDE - FARMÁCIA DE AÇÃO JUDICIAL  
**Nº Requisição** 1902/2018

**Responsável** joao.gabriel

**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	60	UN	100.002.00498/FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES E DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA PARA NECESSIDADES DIETOTERÁPICAS ESPECÍFICAS, NUTRICIONALMENTE COMPLETA E ISENTA DE PROTEÍNA LÁCTEA, LACTOSE, SACAROSE, FRUTOSE, GALACTOSE E INGREDIENTES DE ORIGEM ANIMAL. CONTÉM 100% AMINOÁCIDOS LIVRES E SINTÉTICOS, 100% XAROPE DE GLICOSE, ÓLEOS VEGETAIS E TCM. ADICIONADA DE LCPUFAS (ARA E DHA) E NUCLEOTÍDEOS. INDICADA PARA CRIANÇAS DE 0 A 36 MESES DE IDADE COM ALERGIAS ALIMENTARES OU DISTÚRBIOS DA DIGESTÃO E ABSORÇÃO DE NUTRIENTES. NÃO CONTÉM GLÚTEN. EMBALAGEM EM LATA COM 400G. <b>NEOCATE LCP SUPORTE</b>	132,5000	7.950,00

<b>Pedido 1488/2018</b>	<b>Total</b>	<b>7.950,00</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>7.950,00</b>

**( SETE MIL E NOVECENTOS E CINQUENTA REAIS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018**



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 1488/2018**

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

**Modalidade: 65/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO**

**Processo Nº: 1497/2018      Empenho: 2820/2018 - 01/03/2018**

**Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE      Ata de Registro de Preço Nº: 73/2017**

---

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

---

---

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 1489/2018**

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

**Modalidade:** 65/2017 - PR-E PREGAO ELETRONICO

**Processo Nº:** 1498/2018 **Empenho:** 2821/2018 - 01/03/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 73/2017

**Fornecedor** 4180 **EMPORIO HOSPITALAR COM PROD CIRURG HOSPITALAR LTDA**  
**Nome Fantasia** **EMPÓRIO HOSPITALAR**

**Endereço** AV PIERRE SIMON DE LA PLACE, 751 GALPAO 3 E 4 **Bairro** TECHNO PARK  
**Cidade** CAMPINAS **Estado** SP  
**CEP** 13069-320 **Nº Telefone** (999) 19 3758791  
**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 04.106.730/0001-22 **Nº Fax** (999)  
**Inscr. Estadual** **Inscr. Municipal**  
**e-mail** cotacao@grupoemporio.com.br; pedido@grupoemporio.co

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO SAÚDE **Ficha Nº** 830 **Dest. Recurso** 053000032

**Endereço** AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902  
**Unidade Orçamentaria** 11505 **ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA**  
**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Prazo Entrega** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Objeto** REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE DIETAS, SUPLEMENTOS E FÓRMULAS.  
**Aplicação** DEPTO. DE SAÚDE  
**Nº Requisição** 1906/2018

**Responsável** joao.gabriel

**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	1392	UN	100.002.00592/DIETA PARA USO ENTERAL, POLIMÉRICA, NUTRICIONALMENTE COMPLETA, ISENTA DE LACTOSE, SACAROSE, COM FIBRAS SOLÚVEIS E INSOLÚVEIS, QUE PERMITA DIFERENTES DILUIÇÕES COM ATÉ 1,3 KCAL/ML, E ATENDA IDR PARA VITAMINAS E MINERAIS EM MENOS DE 1200 ML E QUE ATENDA A RECOMENDAÇÃO DA AHA, SENDO GORDURA SATURADA MENOR QUE 10% DO VCT. COM NO MÍNIMO 3 TIPOS DE LIPÍDEOS. APRESENTAÇÃO EM PÓ, QUE DISPENSE O USO DO LIQUIDIFICADOR OU MIXER, 800 GRAMAS. APRESENTAR AMOSTRA. <b>NUTRI SON SOYA MULTIFIBER/DANONE</b>	67,0000	93.264,00

<b>Pedido 1489/2018</b>	<b>Total</b>	<b>93.264,00</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>93.264,00</b>

**( NOVENTA E TRÊS MIL E DUZENTOS E SESSENTA E QUATRO REAIS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018**



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 1490/2018

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

**Modalidade:** 14/2017 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 1499/2018 **Empenho:** 2832/2018 - 01/03/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 32/2017

**Fornecedor** 10531 **ANDERSON HENRIQUE DA SILVA MORAES ME**

**Nome Fantasia**

**Endereço** RUA MAJOR JOÃO BATISTA FRANCA, 1701

**Bairro** PARQUE INDUSTRIAL

**Cidade** SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

**Estado** SP

**CEP** 15025-610

**Nº Telefone** (017) 3011-2349

**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 02.437.839/0001-17

**Nº Fax** ( )

**Inscr. Estadual**

**Inscr. Municipal**

**e-mail** licitartudo@gmail.com

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO SAÚDE

**Ficha Nº** 713

**Dest. Recurso** 013100000

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

**Unidade Orçamentaria** 11502 ATENÇÃO BÁSICA

**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Prazo Entrega** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Objeto** REGISTRO DE PREÇO PARA AQUISIÇÃO DE FOTO REVELADOR, CARTUCHOS DE TINTA E TONER

**Aplicação** DEPTO. DE SAÚDE

**Nº Requisição** 1879/2018

**Responsável** joao.gabriel

**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	015.001.00183/FOTO REVELADOR (UNIDADE DE IMAGEM) 520Z (52DOZ00) PARA IMPRESSORA LEXMARK MS810DN; CAPACIDADE APROXIMADA DE 100.000 IMPRESSÕES. LEXMARK 52 DOZ00	530,5000	1.591,50

<b>Pedido 1490/2018</b>	<b>Total</b>	<b>1.591,50</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>1.591,50</b>

**( UM MIL E QUINHENTOS E NOVENTA E UM REAIS E CINQUENTA CENTAVOS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018**

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 1491/2018

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

**Modalidade:** 14/2017 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 1500/2018 **Empenho:** 2833/2018 - 01/03/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 32/2017

**Fornecedor** 10531 **ANDERSON HENRIQUE DA SILVA MORAES ME**

**Nome Fantasia**

**Endereço** RUA MAJOR JOÃO BATISTA FRANCA, 1701

**Bairro** PARQUE INDUSTRIAL

**Cidade** SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

**Estado** SP

**CEP** 15025-610

**Nº Telefone** (017) 3011-2349

**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 02.437.839/0001-17

**Nº Fax** ( )

**Inscr. Estadual**

**Inscr. Municipal**

**e-mail** licitartudo@gmail.com

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO SAÚDE

**Ficha Nº** 689

**Dest. Recurso** 013100000

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

**Unidade Orçamentaria** 11501 GESTÃOS DO SUS

**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Prazo Entrega** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Objeto** REGISTRO DE PREÇO PARA AQUISIÇÃO DE FOTO REVELADOR, CARTUCHOS DE TINTA E TONER

**Aplicação** DEPTO. DE SAÚDE

**Nº Requisição** 1883/2018

**Responsável** joao.gabriel

**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	015.001.00183/FOTO REVELADOR (UNIDADE DE IMAGEM) 520Z (52DOZ00) PARA IMPRESSORA LEXMARK MS810DN; CAPACIDADE APROXIMADA DE 100.000 IMPRESSÕES. LEXMARK 52 DOZ00	530,5000	1.591,50

<b>Pedido 1491/2018</b>	<b>Total</b>	<b>1.591,50</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>1.591,50</b>

**( UM MIL E QUINHENTOS E NOVENTA E UM REAIS E CINQUENTA CENTAVOS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018**

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 1492/2018

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

**Modalidade:** 74/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 1501/2018 **Empenho:** 2836/2018 - 01/03/2018

**Vínculo:** ORDINÁRIO

**Ata de Registro de Preço Nº:** 92/2017

**Fornecedor** 6240 **RODA BRASIL COMERCIO DE PEÇAS PARA VEICULOS LTDA**  
**Nome Fantasia** **RODA BRASIL**  
**Endereço** RUA TANCREDO DE A. NEVES, 5056 **Bairro** SÃO CRISTOVÃO  
**Cidade** CONCÓRDIA **Estado** SC  
**CEP** 89700000 **Nº Telefone** 49 - 3442-0077  
**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 06.889.977/0001-98 **Nº Fax**  
**Inscr. Estadual** **Inscr. Municipal**  
**e-mail** jefferson@rodabrasildistribuidora.com.br

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº** 189 **Dest. Recurso** 011100000

**Endereço** AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
**Unidade Orçamentaria** 10803 **SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE VIAS RURAIS**  
**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Prazo Entrega** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Objeto** REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE CÂMARA DE AR  
**Aplicação** DEPTO DE SERVIÇOS, OBRAS E INFRAESTRUTURA  
**Nº Requisição** 1840/2018

**Responsável** joao.gabriel

**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	20	UN	003.018.00035/CÂMARA DE AR 17,5 X 25 BBW TR220A	150,0000	3.000,00
002	8	UN	003.018.00050/CÂMARA DE AR 19,5 X 24 BBW TRJ	235,5000	1.884,00
003	70	UN	003.018.00044/CÂMARA DE AR 1000 X 20 BBW V3	53,0000	3.710,00
005	6	UN	003.018.00056/CÂMARA DE AR 750 X 16 BBW TR75	23,0000	138,00
006	20	UN	003.018.00057/PROTETOR ARO 25 MARCHER R25	90,0000	1.800,00

<b>Pedido 1492/2018</b>	<b>Total</b>	<b>10.532,00</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>10.532,00</b>

**( DEZ MIL E QUINHENTOS E TRINTA E DOIS REAIS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018**



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 1492/2018**

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

**Modalidade: 74/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO**

**Processo Nº: 1501/2018      Empenho: 2836/2018 - 01/03/2018**

**Vínculo: ORDINÁRIO**

**Ata de Registro de Preço Nº: 92/2017**

---

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

---

---

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 1493/2018

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

**Modalidade:** 74/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 1502/2018 **Empenho:** 2837/2018 - 01/03/2018

**Vínculo:** ORDINÁRIO

**Ata de Registro de Preço Nº:** 93/2017

**Fornecedor** 10976 **NUCLEO COMERCIAL DE PNEUS - EIRELI - EPP**

**Nome Fantasia**

**Endereço** R MAESTRO GABRIEL MIGLIORI, 577 - SL 41

**Bairro** JARDIM PEREIRA LEITE

**Cidade** SÃO PAULO

**Estado** SP

**CEP** 02712-140

**Nº Telefone** (011) 3933-2609

**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 07.423.005/0001-76

**Nº Fax** ( )

**Inscr. Estadual**

**Inscr. Municipal**

**e-mail** comercial@nucleocomercio.com.br

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL

**Ficha Nº** 189

**Dest. Recurso** 011100000

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

**Unidade Orçamentaria** 10803 SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE VIAS RURAIS

**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Prazo Entrega** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Objeto** REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE CÂMARA DE AR

**Aplicação** DEPTO DE SERVIÇOS, OBRAS E INFRAESTRUTURA

**Nº Requisição** 1848/2018

**Responsável** joao.gabriel

**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	50	UN	003.018.00041/CÂMARA DE AR 1400/24 FLEXEN - 14.00-24 - FX TR179A	141,0000	7.050,00
002	6	UN	003.018.00036/CÂMARA DE AR 12,5 X 80 X 18 FLEXEN - FX12.5/80-18 TR15	68,0000	408,00
003	4	UN	003.018.00043/CÂMARA DE AR 12 x 16,5 FLEXEN - 12-16.5 FX TR15	47,0000	188,00
004	6	UN	003.018.00058/PROTETOR ARO 16 MASTER RUBBER - MR16	15,0000	90,00
005	40	UN	003.018.00059/PROTETOR ARO 24 RALFLEX - RALFLEX R24	49,0000	1.960,00
006	70	UN	003.018.00040/PROTETOR ARO 20 MASTER RUBBER - MR20	19,0000	1.330,00

<b>Pedido 1493/2018</b>	<b>Total</b>	<b>11.026,00</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>11.026,00</b>

**( ONZE MIL E VINTE E SEIS REAIS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018**





**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 1493/2018**

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

**Modalidade: 74/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO**

**Processo Nº: 1502/2018    Empenho: 2837/2018 - 01/03/2018**

**Vínculo: ORDINÁRIO**

**Ata de Registro de Preço Nº: 93/2017**

---

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

---

---

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 1494/2018

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

**Modalidade:** 74/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 1503/2018 **Empenho:** 2838/2018 - 01/03/2018

**Vínculo:** ORDINÁRIO

**Ata de Registro de Preço Nº:** 93/2017

**Fornecedor** 10976 **NUCLEO COMERCIAL DE PNEUS - EIRELI - EPP**

**Nome Fantasia**

**Endereço** R MAESTRO GABRIEL MIGLIORI, 577 - SL 41

**Bairro** JARDIM PEREIRA LEITE

**Cidade** SÃO PAULO

**Estado** SP

**CEP** 02712-140

**Nº Telefone** (011) 3933-2609

**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 07.423.005/0001-76

**Nº Fax** ( )

**Inscr. Estadual**

**Inscr. Municipal**

**e-mail** comercial@nucleocomercio.com.br

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL

**Ficha Nº** 230

**Dest. Recurso** 011100000

**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** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Objeto** REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE CÂMARA DE AR

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

**Nº Requisição** 1837/2018

**Responsável** joao.gabriel

**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	20	UN	003.018.00041/CÂMARA DE AR 1400/24 FLEXEN - 14.00-24 - FX TR179A	141,0000	2.820,00
002	4	UN	003.018.00036/CÂMARA DE AR 12,5 X 80 X 18 FLEXEN - FX12.5/80-18 TR15	68,0000	272,00
004	6	UN	003.018.00058/PROTETOR ARO 16 MASTER RUBBER - MR16	15,0000	90,00
005	20	UN	003.018.00059/PROTETOR ARO 24 RALFLEX - RALFLEX R24	49,0000	980,00
006	30	UN	003.018.00040/PROTETOR ARO 20 MASTER RUBBER - MR20	19,0000	570,00

<b>Pedido 1494/2018</b>	<b>Total</b>	<b>4.732,00</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>4.732,00</b>

**( QUATRO MIL E SETECENTOS E TRINTA E DOIS REAIS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018**



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 1494/2018**

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

**Modalidade: 74/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO**

**Processo Nº: 1503/2018    Empenho: 2838/2018 - 01/03/2018**

**Vínculo: ORDINÁRIO**

**Ata de Registro de Preço Nº: 93/2017**

---

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

---

---

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 1495/2018

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

**Modalidade:** 74/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 1504/2018 **Empenho:** 2839/2018 - 01/03/2018

**Vínculo:** ORDINÁRIO

**Ata de Registro de Preço Nº:** 92/2017

**Fornecedor** 6240 **RODA BRASIL COMERCIO DE PEÇAS PARA VEICULOS LTDA**  
**Nome Fantasia** **RODA BRASIL**  
**Endereço** RUA TANCREDO DE A. NEVES, 5056 **Bairro** SÃO CRISTOVÃO  
**Cidade** CONCÓRDIA **Estado** SC  
**CEP** 89700000 **Nº Telefone** 49 - 3442-0077  
**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 06.889.977/0001-98 **Nº Fax**  
**Inscr. Estadual** **Inscr. Municipal**  
**e-mail** jefferson@rodabrasildistribuidora.com.br

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº** 230 **Dest. Recurso** 011100000

**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** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Objeto** REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE CÂMARA DE AR  
**Aplicação** DEPARTAMENTO DE MEIO AMBIENTE, AGRICULTURA E ABASTECIMENTO  
**Nº Requisição** 1841/2018

**Responsável** joao.gabriel

**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	25	UN	003.018.00035/CÂMARA DE AR 17,5 X 25 BBW TR220A	150,0000	3.750,00
003	30	UN	003.018.00044/CÂMARA DE AR 1000 X 20 BBW V3	53,0000	1.590,00
005	4	UN	003.018.00056/CÂMARA DE AR 750 X 16 BBW TR75	23,0000	92,00
006	10	UN	003.018.00057/PROTETOR ARO 25 MARCHER R25	90,0000	900,00

<b>Pedido 1495/2018</b>	<b>Total</b>	<b>6.332,00</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>6.332,00</b>

( SEIS MIL E TREZENTOS E TRINTA E DOIS REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018



Pedido de Compra 1468/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 1496/2018

Categoria Econômica: 3.3.90.30.16 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade: 41/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 1505/2018 Empenho: 2835/2018 - 01/03/2018

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE Ata de Registro de Preço Nº: 51/2017

Fornecedor 10778 INFO-SIG COMERCIO DE SUPRIMENTOS DE INFORMATICA EIRELI - ME

Nome Fantasia SIG INFORMATICA

Endereço AV EMBAIXADOR MACEDO SOARES, 10.735 - GALPAO8 ANEXO VILA ANASTACIO

Cidade SÃO PAULO Estado SP

CEP 05095-035 Nº Telefone (011) 3646-3090

C.P.F / C.N.P.J. Nº 23.442.506/0001-56 Nº Fax ( )

Inscr. Estadual 140.116.701.110 Inscr. Municipal

e-mail licitacoes@infosiginformatica.com.br

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE Ficha Nº 801 Dest. Recurso 053000009

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

Unidade Orçamentaria 11504 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Validade CONFORME ATA DE REGISTRO

Prazo Entrega CONFORME ATA DE REGISTRO DE Prazo de Pagto CONFORME ATA DE REGISTRO

Garantia CONFORME ATA DE REGISTRO

Objeto RP PAPEL A4

Aplicação DEPTO. DE SAÚDE - VE E VISA

Nº Requisição 1894/2018

Responsável joao.gabriel

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

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

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

Inscrição Nº 0

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

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

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

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	30	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 CHAMEX SOLUTION	13,7600	412,80

Pedido 1496/2018	Total	412,80
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	412,80

( QUATROCENTOS E DOZE REAIS E OITENTA CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 1497/2018

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

**Modalidade:** 41/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 1506/2018 **Empenho:** 2834/2018 - 01/03/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 51/2017

**Fornecedor 10778 INFO-SIG COMERCIO DE SUPRIMENTOS DE INFORMATICA EIRELI - ME**

**Nome Fantasia SIG INFORMATICA**

**Endereço** AV EMBAIXADOR MACEDO SOARES, 10.735 - GALPAO8 ANEXO A VILA ANASTACIO  
**Cidade** SÃO PAULO **Estado** SP  
**CEP** 05095-035 **Nº Telefone** (011) 3646-3090  
**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 23.442.506/0001-56 **Nº Fax** ( )  
**Inscr. Estadual** 140.116.701.110 **Inscr. Municipal**  
**e-mail** licitacoes@infosiginformatica.com.br

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO SAÚDE **Ficha Nº** 713 **Dest. Recurso** 013100000

**Endereço** AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902  
**Unidade Orçamentaria** 11502 ATENÇÃO BÁSICA  
**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Prazo Entrega** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Objeto** RP PAPEL A4  
**Aplicação** DEPTO. DE SAÚDE  
**Nº Requisição** 1893/2018

**Responsável** joao.gabriel

**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	1900	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 CHAMEX SOLUTION	13,7600	26.144,00

<b>Pedido 1497/2018</b>	<b>Total</b>	<b>26.144,00</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>26.144,00</b>

**( VINTE E SEIS MIL E CENTO E QUARENTA E QUATRO REAIS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018**

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 1468/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 1498/2018  
Categoria Econômica: 3.3.90.30.24 - MATERIAL DE CONSUMO  
Modalidade: 6/2017 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
Processo Nº: 1507/2018 Empenho: 2606/2018 - 26/02/2018  
Vínculo: Ata de Registro de Preço Nº: 8/2017

Fornecedor 10660 ELAINE C. FERREIRA - ME  
Nome Fantasia  
Endereço R AMAZONAS, 59 Bairro SANTA TEREZINHA  
Cidade TAMBÁU Estado SP  
CEP 13710-000 Nº Telefone (019) 3673-5478  
C.P.F / C.N.P.J. Nº 26.015.390/0001-67 Nº Fax ( )  
Inscr. Estadual 680.027.021.118 Inscr. Municipal  
e-mail elainetambau@gmail.com

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL Ficha Nº 159 Dest. Recurso 011100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
Unidade Orçamentaria 801  
Validade CONFORME ATA DE REGISTRO  
Prazo Entrega CONFORME ATA DE REGISTRO DE Prazo de Pagto CONFORME ATA DE REGISTRO  
Garantia CONFORME ATA DE REGISTRO  
Objeto REGISTRO DE PREÇO PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO  
Aplicação DEPTO DE SERVIÇOS, OBRAS E INFRAESTRUTURA  
Nº Requisição 1721/2018

Responsável joao.gabriel

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	20	M3	004.002.00042/AREIA MEDIA PSR	78,9800	1.579,60

Pedido 1498/2018	Total	1.579,60
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	1.579,60

( UM MIL E QUINHENTOS E SETENTA E NOVE REAIS E SESSENTA CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 1499/2018**

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

**Modalidade:** 57/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 1509/2018 **Empenho:** 2822/2018 - 01/03/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 63/2017

**Fornecedor 423 INTERLAB FARMACÉUTICA 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 828** **Dest. Recurso** 013100000

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902  
 Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA  
 Validade CONFORME ATA DE REGISTRO  
 Prazo Entrega CONFORME ATA DE REGISTRO DE Prazo de Pagto CONFORME ATA DE REGISTRO  
 Garantia CONFORME ATA DE REGISTRO  
 Objeto REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS, PARA TRATAMENTO DE PACIENTES QUE INGRESSARAM COM AÇÕES JUDICIAIS  
 Aplicação DEPTO. DE SAÚDE  
 Nº Requisição 1922/2018

Responsável **joao.gabriel**

**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	340	UN	100.002.00508/CARBAMAZEPINA 400 MG COMPRIMIDOS REVESTIDOS DE LIBERAÇÃO CONTROLADA; CÓDIGO BEC: 1913190 <b>TEGRETOL CR/ANOVIS</b>	1,4200	482,80
002	180	COM	100.002.00471/CLORIDRATO DE PRASUGREL 10 MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES; CÓDIGO BEC: 3489515 <b>EFFIENT</b>	5,6500	1.017,00
003	90	COM	100.002.00158/CLORIDRATO DE VENLAFAXINA 150 MG. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. COMP. DE LIBERAÇÃO LENTA; CÓDIGO BEC: 1539248 <b>EFEXOR XR/PFIZER</b>	8,2100	738,90
004	90	COM	100.002.00012/CLORIDRATO DE VENLAFAXINA 75 MG. VALIDADE MINIMA 12 MESES. COMP. DE LIBERAÇÃO LENTA; CÓDIGO BEC: 1698907 <b>EFEXOR XR/PFIZER</b>	5,7900	521,10
005	4	TUB	100.002.00330/CUMARINA 5 MG + HEPARINA 50 UI - CREME; TUBO 240 ML; CÓDIGO BEC: 3148874 <b>VENALOT CREME/TAKEDA PHARMA</b>	26,9600	107,84





Nº Pedido de Compra: 1499/2018

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

Modalidade: 57/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 1509/2018 Empenho: 2822/2018 - 01/03/2018

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE Ata de Registro de Preço Nº: 63/2017

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
006	95	FR	100.002.00058/INSULINA LISPRO 100UI - REFIL PARA CANETA. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES; CÓDIGO BEC: 1520407 <b>HUMALOG REFIL</b>	27,4300	2.605,85
007	54	UN	100.002.00059/INSULINA LISPRO KWIKPEN 100 U/ML (CANETA); CÓDIGO BEC: 3329178 <b>HUMALOG KWIKPEN</b>	25,1500	1.358,10
008	480	COM	100.002.00126/OXCARBAZEPINA 300MG. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES; CÓDIGO BEC: 220043 <b>TRILEPTAL/NOVARTIS</b>	1,5000	720,00
009	280	COM	100.002.00486/SUCCINATO DE DESVENLAFAXINA MONOIDRATADO 100 MG.; CÓDIGO BEC: 3396860 <b>PRISTIQ/PFIZER</b>	3,6900	1.033,20
010	660	CAP	100.002.00063/SULFATO DE GLICOSAMINA 500 MG + SULFATO DE CONDRITINA 400 MG; LOTE E VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DO MEDICAMENTO; REGISTRO EM VIGOR NO MINISTÉRIO DA SAÚDE VALIDADE MÍNIMA 12 MESES; CÓDIGO BEC: 1816632 <b>ARTROLIVE/ACHE</b>	1,6600	1.095,60
011	308	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; CÓDIGO BEC: 281816 <b>DIOVAN/NOVARTIS</b>	1,9500	600,60
012	840	COM	100.002.00188/VILDAGLIPTINA 50MG + METFORMINA 850MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES; CÓDIGO BEC: 2738546 <b>GALVUS MET/NOVARTIS</b>	2,2750	1.911,00

Pedido 1499/2018	Total	12.191,99
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	12.191,99

( DOZE MIL E CENTO E NOVENTA E UM REAIS E NOVENTA E NOVE CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 1499/2018**

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

**Modalidade:** 57/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 1509/2018 **Empenho:** 2822/2018 - 01/03/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 63/2017

---

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

---

---

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

---

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Nº Pedido de Compra:** 1500/2018

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

**Modalidade:** 57/2017 - PR-E PREGAO ELETRONICO

**Processo Nº:** 1510/2018 **Empenho:** 2823/2018 - 01/03/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 64/2017

**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** 828 **Dest. Recurso** 013100000

**Endereço** AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902  
**Unidade Orçamentaria** 11505 **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Prazo Entrega** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Objeto** REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS, PARA TRATAMENTO DE PACIENTES QUE INGRESSARAM COM AÇÕES JUDICIAIS  
**Aplicação** DEPTO. DE SAÚDE  
**Nº Requisição** 1923/2018

**Responsável** joao.gabriel

**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	180	COM	100.002.00008/CARVEDILOL 12,5 MG, PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 1270362 <b>GENÉRICO/BALDACCI</b>	0,2295	41,31
004	330	COM	100.002.00030/CILOSTAZOL 100MG, VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES; CÓDIGO BEC: 1850431 <b>GENÉRICO/EUROFARMA</b>	0,5450	179,85
005	120	COM	100.002.00316/CLORIDRATO DE CICLOBENZAPRINA 10 MG COMPRIMIDO; CÓDIGO BEC: 1866087 <b>GENÉRICO/ALTHAIA</b>	0,2095	25,14
006	180	COM	100.002.00067/CLORIDRATO DE MEMANTINA 10MG; CÓDIGO BEC: 1787993 <b>GENÉRICO/TEUTO FARMA</b>	0,8095	145,71
008	12	FR	100.002.00544/COLECALCIFEROL (VITAMINA D3) 3300 UI/ML GOTAS 20 ML; CÓDIGO BEC: 4150660 <b>ADDERA D3/BRAINFARMA</b>	52,9800	635,76



Nº Pedido de Compra: 1500/2018

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

Modalidade: 57/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 1510/2018 Empenho: 2823/2018 - 01/03/2018

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE Ata de Registro de Preço Nº: 64/2017

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
009	240	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; CÓDIGO BEC: 2054345 <b>GENERIC O/ALTHAIA</b>	0,2970	71,28
010	150	COM	100.002.00532/DULOXETINA 30 MG; CÓDIGO BEC: 2418517 <b>CIMBY/EMS SIGMA PHARMA</b>	2,0750	311,25
016	60	COM	100.002.00414/PROPRANOLOL 10MG. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES; CÓDIGO BEC: 197424 <b>GENERIC O/MEDLEY</b>	0,0536	3,22
018	150	COM	100.002.00419/ROSUVASTATINA 10MG (COMPRIMIDO); CÓDIGO BEC: 1905910 <b>GENERIC O/SANDOZ</b>	0,7795	116,93
019	330	COM	100.002.00233/SINVASTATINA 20 MG COMPRIMIDO; CÓDIGO BEC: 284297 <b>GENERIC O/SANDOZ</b>	0,0800	26,40
020	120	SAC	100.002.00062/SULFATO DE GLICOSAMINA 1,5 G - SACHES COM 3,95 G; CÓDIGO BEC: 1915045 <b>ARTOGLICO/EMS SIGMA PHARMA</b>	3,7430	449,16
021	90	COM	100.002.00024/VARFARINA SÓDICA 5MG. VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 111180 <b>GENERIC O/UQFN</b>	0,2400	21,60

Pedido 1500/2018	Total	2.027,61
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	2.027,61

( DOIS MIL E VINTE E SETE REAIS E SESENTA E UM CENTAVO )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 1501/2018

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

**Modalidade:** 57/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 1511/2018 **Empenho:** 2824/2018 - 01/03/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 59/2017

**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** 828

**Dest. Recurso** 013100000

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

**Unidade Orçamentaria** 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Prazo Entrega** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Objeto** REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS, PARA TRATAMENTO DE PACIENTES QUE INGRESSARAM COM AÇÕES JUDICIAIS

**Aplicação** DEPTO. DE SAÚDE

**Nº Requisição** 1924/2018

**Responsável** joao.gabriel

**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	100.002.00554/BISOPROLOL 5 MG COMPRIMIDO REVESTIDO; CÓDIGO BEC: 2052652 <b>CONCOR/MERCK</b>	2,3100	138,60
003	300	COM	100.002.00303/CITONEURIN 5.000 DESCRIÇÃO: CADA DRÁGEA CONTÉM: VITAMINA B1 (MONONITRATO DE TIAMINA) 100 MG VITAMINA B6 (CLORIDRATO DE PIRIDOXINA) 100 MG VITAMINA B12 (CIANOCOBALAMINA) 5000 MCG EXCIPIENTES (AMIDO, BORDEAU, CARBONATO DE CÁLCIO, CELULOSE, ETILCELULOSE, GLICERINA, LACTOSE, METILCELULOSE, ÓXIDO DE TITÂNIO, SACAROSE, TALCO); CÓDIGO BEC: 2021030 <b>CITONEURIN 5000/MERCK</b>	1,5260	457,80
007	168	COM	100.002.00533/PREGABALINA 75 MG; CÓDIGO BEC: 3162249 <b>PREBICTAL/ZODIAC/BLANVE</b>	1,8500	310,80
008	480	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	4,4800	2.150,40



Pedido de Compra 1468/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 1501/2018

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

Modalidade: 57/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 1511/2018 Empenho: 2824/2018 - 01/03/2018

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE Ata de Registro de Preço Nº: 59/2017

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
			VIGOR NO MINISTÉRIO DA SAÚDE; VALIDADE MÍNIMA 12 MESES; CÓDIGO BEC: 2037718 CONDROFLEX/ZODIAC		
009	270	UN	100.002.00509/VALPROATO DE SODIO 500 MG COMPRIMIDOS REVESTIDOS; CÓDIGO BEC: 182524 DEPAKENE/ABBOTT	0,7800	210,60

Pedido 1501/2018	Total	3.268,20
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	3.268,20

( TRÊS MIL E DUZENTOS E SESENTA E OITO REAIS E VINTE CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 1468/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 1502/2018  
 Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
 Modalidade: 57/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO  
 Processo Nº: 1512/2018 Empenho: 2825/2018 - 01/03/2018  
 Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE Ata de Registro de Preço Nº: 60/2017

Fornecedor 1305 DAKFILM COMERCIAL LTDA  
 Nome Fantasia DAKFILM  
 Endereço RUA OURO GROSSO, 1343 Bairro CASA VERDE  
 Cidade SÃO PAULO Estado SP  
 CEP 02531-011 Nº Telefone (011) 3857-8766  
 C.P.F / C.N.P.J. Nº 61.613.881/0001-00 Nº Fax (011) 3857-8766  
 Inscr. Estadual 112.539.090.119 Inscr. Municipal  
 e-mail leila.fernandes@dakfilm.com; lice.rabelo@dakfilm.c

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE Ficha Nº 828 Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902  
 Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
 Validade CONFORME ATA DE REGISTRO  
 Prazo Entrega CONFORME ATA DE REGISTRO DE Prazo de Pagto CONFORME ATA DE REGISTRO  
 Garantia CONFORME ATA DE REGISTRO  
 Objeto REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS, PARA TRATAMENTO DE PACIENTES QUE INGRESSARAM COM AÇÕES JUDICIAIS  
 Aplicação DEPTO. DE SAÚDE  
 Nº Requisição 1925/2018

Responsável joao.gabriel

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	100.002.00184/INSULINA ASPART - NOVORAPID FLEX PEN. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES; CÓDIGO BEC: 2229161 NOVORAPID FLEX PEN/RMS	30,4300	1.217,20
002	5	FR	100.002.00185/INSULINA ASPART 10ML; CÓDIGO BEC: 2090198 NOVORAPID 10 ML/RMS	71,3800	356,90
003	11	UN	100.002.00539/INSULINA DEGLUDECA FLEX TOUCH 100 U/ML CÓDIGO BEC: 4415795 TRESIBA FLEX TOUCH/RMS	92,7900	1.020,69
004	40	UN	100.002.00186/INSULINA DETEMIR CANETA COM 3ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES; CÓDIGO BEC: 2129116 LEVEMIR FLEX PEN/RMS	57,3600	2.294,40

Pedido 1502/2018	Total	4.889,19
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	4.889,19

( QUATRO MIL E OITOCENTOS E OITENTA E NOVE REAIS E DEZENOVE CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 1502/2018**

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

**Modalidade: 57/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO**

**Processo Nº: 1512/2018    Empenho: 2825/2018 - 01/03/2018**

**Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE    Ata de Registro de Preço Nº: 60/2017**

---

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

---

---

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

---

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO





**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 1503/2018**

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

**Modalidade:** 57/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 1513/2018 **Empenho:** 2826/2018 - 01/03/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 66/2017

**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** empenho@rp4medicamentos.com.br / rp4@ibest.com.br

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO SAÚDE

**Ficha Nº** 828

**Dest. Recurso** 013100000

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

**Unidade Orçamentaria** 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Prazo Entrega** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Objeto** REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS, PARA TRATAMENTO DE PACIENTES QUE INGRESSARAM COM AÇÕES JUDICIAIS

**Aplicação** DEPTO. DE SAÚDE

**Nº Requisição** 1926/2018

**Responsável** joao.gabriel

**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	924	COM	100.002.00168/CLOPIDOGREL 75 MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES; CÓDIGO BEC: 1217240 GENÉRICO/RANBAXY	0,8900	822,36

<b>Pedido 1503/2018</b>	<b>Total</b>	<b>822,36</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>822,36</b>

**( OITOCENTOS E VINTE E DOIS REAIS E TRINTA E SEIS CENTAVOS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018**

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 1504/2018

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

**Modalidade:** 57/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 1514/2018 **Empenho:** 2827/2018 - 01/03/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 61/2017

**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** 828

**Dest. Recurso** 013100000

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

**Unidade Orçamentaria** 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Prazo Entrega** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO

**Objeto** REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS, PARA TRATAMENTO DE PACIENTES QUE INGRESSARAM COM AÇÕES JUDICIAIS

**Aplicação** DEPTO. DE SAÚDE

**Nº Requisição** 1927/2018

**Responsável** joao.gabriel

**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	123	UN	100.002.00193/INSULINA GLARGINA - REFIL COM 3ML PARA CANETA. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES, CÓDIGO BEC: 2224763 <b>LANTUS REFIL/SANOFI</b>	77,7000	9.557,10
003	20	UN	100.002.00194/INSULINA GLARGINA SOLOSTAR 100U/ML - CANETA; CÓDIGO BEC: 1663143 <b>LANTUS SOLOSTAR/SANOFI</b>	85,8100	1.716,20
006	112	COM	100.002.00198/VALSARTANA 160 MG + BESILATO DE ANLODIPINO 5 MG COMPRIMIDO REVESTIDO; CADA COMPRIMIDO REVESTIDO CONTÉM 160 MG DE VALSARTANA E 6,94 MG DE BESILATO DE ANLODIPINO (CORRESPONDENTE A 5 MG DE ANLODIPINO); EMBALAGEM INDIVIDUAL; DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA IMPRESSOS NA EMBALAGEM DO MEDICAMENTO; LOTE E VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DO MEDICAMENTO; REGISTRO EM VIGOR NO MINISTÉRIO DA SAÚDE; VALIDADE MINIMA 12 MESES; CÓDIGO BEC: 2215276 <b>DIOVAN AMLO FIX/NOVARTIS</b>	2,4080	269,70



Pedido de Compra 1468/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 1504/2018

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

Modalidade: 57/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 1514/2018 Empenho: 2827/2018 - 01/03/2018

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE Ata de Registro de Preço Nº: 61/2017

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
008	56	COM	100.002.00199/VALSARTANA 160MG + HIDROCLOROTIAZIDA 12,5MG + ANLODIPINO 5MG COMPRIMIDO. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES; CÓDIGO BEC: 3146278 EXFORGE XR/NOVARTIS	2,8200	157,92
009	98	COM	100.002.00557/VALSARTANA 320 MG COMPRIMIDO; CÓDIGO BEC: 2763591 DIOVAN/NOVARTIS	1,9590	191,98
010	112	COM	100.002.00189/VILDAGLIPTINA 50 + CLORIDRATO DE METFORMINA 1000, VALIDADE MÍNIMA 12 MESES; CÓDIGO BEC: 3092259 GALVUS MET/NOVARTIS	2,2890	256,37

Pedido 1504/2018	Total	12.149,27
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	12.149,27

( DOZE MIL E CENTO E QUARENTA E NOVE REAIS E VINTE E SETE CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOSRENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 1505/2018

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

**Modalidade:** 57/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 1515/2018 **Empenho:** 2828/2018 - 01/03/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 65/2017

**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** 828 **Dest. Recurso** 013100000

**Endereço** AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902  
**Unidade Orçamentaria** 11505 **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Prazo Entrega** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Objeto** REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS, PARA TRATAMENTO DE PACIENTES QUE INGRESSARAM COM AÇÕES JUDICIAIS  
**Aplicação** DEPTO. DE SAÚDE  
**Nº Requisição** 1928/2018

**Responsável** joao.gabriel

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

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

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

**Inscrição Nº** 0

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

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

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

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	120	UN	100.002.00210/ATENOLOL 50 MG + CLORTALIDONA 12,5 MG; CÓDIGO BEC: 454672 <b>GENERICO/EMS</b>	0,1740	20,88
002	420	COM	100.002.00137/CARVEDILOL 25 MG. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES; CÓDIGO BEC: 977128 <b>GENERICO/EMS</b>	1,9640	824,88

<b>Pedido 1505/2018</b>	<b>Total</b>	<b>845,76</b>
	<b>Descontos (-)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Impostos (+)</b>	<b>0,00</b>
	<b>Valor</b>	<b>845,76</b>

**( OITOCENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS E SETENTA E SEIS CENTAVOS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018**

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 1468/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 1506/2018**

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

**Modalidade:** 57/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 1516/2018 **Empenho:** 2829/2018 - 01/03/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Ata de Registro de Preço Nº:** 62/2017

**Fornecedor 10906 EDERA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS EIRELI - ME**  
**Nome Fantasia EDERA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS EIRELI**  
**Endereço** R VEREADOR MANOEL BRIGIDO COSTA, 448 Bairro HUMAITA  
**Cidade** TUBARÃO Estado SC  
**CEP** 88704-320 Nº Telefone (048) 3626-2669  
**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 26.291.613/0001-19 Nº Fax ( )  
**Inscr. Estadual** 258143649 Inscr. Municipal  
**e-mail** adm@edera.com.br

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO SAÚDE **Ficha Nº 828** **Dest. Recurso** 013100000

**Endereço** AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902  
**Unidade Orçamentaria** 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA  
**Validade** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Prazo Entrega** CONFORME ATA DE REGISTRO DE **Prazo de Pagto** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Garantia** CONFORME ATA DE REGISTRO  
**Objeto** REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS, PARA TRATAMENTO DE PACIENTES QUE INGRESSARAM COM AÇÕES JUDICIAIS  
**Aplicação** DEPTO. DE SAÚDE  
**Nº Requisição** 1929/2018

**Responsável** joao.gabriel

**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	330	COM	100.002.00170/DIOSMINA 450 MG + HESPERIDINA 50 MG COMPRIMIDO; CAIXA COM 30 COMPRIMIDOS; DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA IMPRESSOS NA EMBALAGEM DO MEDICAMENTO; LOTE E VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM PRIMARIA E SECUNDARIA DO MEDICAMENTO; REGISTRO EM VIGOR NO MINISTERIO DA SAUDE; VALIDADE MINIMA 12 MESES.; CÓDIGO BEC: 175145 <b>DAFLON/SERVIER</b>	1,7390	573,87
002	120	COM	100.002.00160/GLICAZIDA 30MG COMPRIMIDOS DE LIBERAÇÃO LENTA. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 1430564 <b>DIAMICRON MR 30/SERVIER</b>	0,2980	35,76
003	60	COM	100.002.00172/GLICAZIDA 60 MG, COMPRIMIDOS, VALIDADE MÍNIMA 12 MESES; CÓDIGO BEC: 3680983 <b>DIAMICRON MR 60/SERVIER</b>	0,6070	36,42
004	224	COM	100.002.00555/IVABRADINA 7,5 MG COMPRIMIDO; CÓDIGO BEC: 3477150 <b>PROCORALAM/SERVIER</b>	1,4910	333,98



Pedido de Compra 1468/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 1506/2018

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

Modalidade: 57/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

Processo Nº: 1516/2018 Empenho: 2829/2018 - 01/03/2018

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE Ata de Registro de Preço Nº: 62/2017

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
005	120	COM	100.002.00556/TRIMETAZIDINA MR 35 MG COMPRIMIDO; CÓDIGO BEC: 2937760 VASTAREL MR 35 MG/SERVIER	1,3390	160,68

Pedido 1506/2018	Total	1.140,71
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	1.140,71

( UM MIL E CENTO E QUARENTA REAIS E SETENTA E UM CENTAVO )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 22 de Fevereiro de 2018

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO