



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 3742/2018  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 3471/2018  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Anulação de Empenho:** 11997/2018

**Fornecedor** 10335 **INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA**  
**Nome Fantasia**  
**Endereço** R RUBENS DERKS, 105 - LOT. RUBENS DERKS **Bairro** INDUSTRIAL  
**Cidade** ERECHIM **Estado** RS  
**CEP** 99701-760 **Nº Telefone** (054) 3522 4273  
**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 12.889.035/0001-02 **Nº Fax** ( )  
**Inscr. Estadual** **Inscr. Municipal**  
**e-mail** vendas05@inovamed-rs.com.br

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

**Endereço** AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES  
**Unidade Orçamentaria** 11505 **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**Validade** CONFORME EDITAL  
**Prazo Entrega** ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO **Prazo de Pagto** CONFORME EDITAL  
**Garantia** CONFORME EDITAL  
**Objeto** AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.  
**Aplicação** DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Responsável** lic-daniela

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

**Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA  
**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50 **Inscrição Nº** 0  
**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:**( ) ( - )  
**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação   | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|---|----------------|-------------|
| 144     | 10000      | COM     | 100.002.00237/ACICLOVIR 200MG, VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 103250<br><b>CIMED</b>                                       | 0,2530         | 2.530,00    |
| 107     | 600        | FR      | 100.002.00111/ÁCIDO VALPRÓICO 250MG/ 5ML LÍQUIDO FR. COM 100 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 119440<br><b>HIPOLABOR</b> | 2,2800         | 1.368,00    |
| 099     | 35000      | COM     | 100.002.00095/BESILATO DE ANLÓDIPINO 5 MG. CÓDIGO BEC: 284220<br><b>GEOLAB</b>  | 0,0219         | 766,50      |
| 156     | 2200       | FR      | 100.002.00290/BROMOPRIDA 4 MG/ML SOLUÇÃO ORAL, 20 ML. CÓDIGO BEC: 161241<br><b>MARIOL</b>   | 0,9700         | 2.134,00    |
| 078     | 46000      | COM     | 100.002.00036/ENALAPRIL, MALEATO 5 MG. CÓDIGO BEC: 160776<br><b>ONEFARMA/CIMED</b>  | 0,0452         | 2.079,20    |
| 183     | 5500       | COM     | 100.002.00465/FINASTERIDA 5MG COMPRIMIDO. VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 198226<br><b>MERCK</b>                            | 0,2420         | 1.331,00    |

**Pedido de Compra 3742/2018 - 0****Nº Pedido de Compra: 3742/2018****Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT****Modalidade: 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL****Processo Nº: 3471/2018****Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE****Anulação de Empenho: 11997/2018**

| <b>Item Nº</b> | <b>Quantidade</b> | <b>Un.Med.</b> | <b>Especificação</b>   | <b>Valor Unitário</b> | <b>Valor Total</b> |
|----------------|-------------------|----------------|--|-----------------------|--------------------|
| 131            | 1400              | COM            | 100.002.00205/ITRACONAZOL 100 MG.<br>VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO<br>BEC: 110035<br><b>GEOLAB</b>   | 0,8000                | 1.120,00           |
| 095            | 2000              | FR             | 100.002.00088/MALEATO DE<br>DEXCLORFENIRAMINA SOLUÇÃO ORAL 0,04%;<br>EMBALAGEM COM 100 ML; DADOS DE<br>IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA IMPRESSOS<br>NA EMBALAGEM DO MEDICAMENTO; LOTE E<br>VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM<br>PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DO MEDICAMENTO;<br>REGISTRO EM VIGOR NO MINISTÉRIO DA<br>SAÚDE; VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES.<br>CÓDIGO BEC: 484148<br><b>HIPOLABOR</b> | 0,8500                | 1.700,00           |
| 109            | 91000             | COM            | 100.002.00123/NIMESULIDA 100 MG.<br>CÓDIGO BEC: 208515<br><b>CIMED</b>   | 0,0580                | 5.278,00           |

|                         |                      |                  |
|-------------------------|----------------------|------------------|
| <b>Pedido 3742/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>18.306,70</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>      |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>      |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>18.306,70</b> |

**( DEZOITO MIL E TREZENTOS E SEIS REAIS E SETENTA CENTAVOS )****SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018**

---

**RENATA ALEIXO DE CARVALHO**  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

**RENATA MOYSES CASSIANO**  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 3742/2018 - 0****Nº Pedido de Compra: 3744/2018****Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT****Modalidade: 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL****Processo Nº: 3472/2018 Empenho: 8775/2018 - 08/06/2018****Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

---

|                      |  |   |
|----------------------|--|---|
| <b>Fornecedor</b>    | <b>10842</b>   | <b>NDS DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA</b> |
| <b>Nome Fantasia</b> |  |   |
| Endereço             | AV EGYDIO GERONYMO MUNARETTO, S/N - SALA 1; KM 3 Bairro CESAR PARK |   |
| Cidade               | TOLEDO   | Estado PR                                     |
| CEP                  | 85915-175  | Nº Telefone (045) 2103-1267                   |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº  | 11.034.934/0001-60   | Nº Fax ( )                                    |
| Inscr. Estadual      |  | Inscr. Municipal                              |
| e-mail               | licitacao@pratidonaduzzi.com.br                                    |   |

---

**Local de Entrega** CONFORME EDITAL

Ficha Nº 828

Dest. Recurso 013100000

|                      |                                 |                                |
|----------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Endereço             |                                 |                                |
| Unidade Orçamentaria | 11505                           | ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA       |
| Validade             | CONFORME EDITAL                 |                                |
| Prazo Entrega        | ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO       | Prazo de Pagto CONFORME EDITAL |
| Garantia             | CONFORME EDITAL                 |                                |
| Objeto               | AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.      |                                |
| Aplicação            | DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE |                                |

---

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

| <b>Item Nº</b> | <b>Quantidade</b> | <b>Un.Med.</b> | <b>Especificação</b>   | <b>Valor Unitário</b> | <b>Valor Total</b> |
|----------------|-------------------|----------------|--|-----------------------|--------------------|
| 074            | 360               | TUB            | 100.002.00032/ACICLOVIR 50 MG/G CREME,<br>10G. CÓDIGO BEC: 462802<br><b>PRATIDONADUZZI</b>   | 2,3800                | 856,80             |
| 075            | 300               | FR             | 100.002.00033/ALBENDAZOL 40 MG/ML<br>SUSPENSÃO ORAL FRASCO 10 ML. CÓDIGO<br>BEC: 155144<br><b>PRATIDONADUZZI</b>   | 0,9400                | 282,00             |
| 076            | 1000              | COM            | 100.002.00034/ALBENDAZOL 400 MG.<br>CÓDIGO BEC: 155128<br><b>PRATIDONADUZZI</b>  | 0,3600                | 360,00             |
| 137            | 20000             | COM            | 100.002.00223/ALOPURINOL 300 MG.<br>CÓDIGO BEC: 177849<br><b>PRATIDONADUZZI</b>  | 0,1330                | 2.660,00           |
| 060            | 55500             | COM            | 100.002.00005/ATENOLOL 50MG -<br>VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC:<br>284165<br><b>PRATIDONADUZZI</b>  | 0,0310                | 1.720,50           |
| 185            | 600               | FR             | 100.002.00474/AZITROMICINA DIIDRATADA<br>209,6 MG EQUIVALENTE A 200 MG DE<br>AZITROMICINA BASE EM CADA 5 ML DE<br>SUSPENSÃO RECONSTITUÍDA. PÓ PARA<br>SUSPENSÃO ORAL. EMBALAGENS CONTENDO 1<br>FRASCO COM 600 MG + 1 FLACONETE<br>DILUENTE COM 9 ML + SERINGA DOSADORA.<br>VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: | 4,9200                | 2.952,00           |



Nº Pedido de Compra: 3744/2018

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

Modalidade: 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3472/2018 Empenho: 8775/2018 - 08/06/2018

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

| Item Nº | Quantidade Un.Med. | Especificação  | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|--------------------|--|----------------|-------------|
|         |                    | 272205<br><b>PRATIDONADUZZI</b>  |                |             |
| 129     | 6000 COM           | 100.002.00202/CETOCONAZOL 200 MG.<br>VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC:<br>463159<br><b>PRATIDONADUZZI</b>  | 0,1280         | 768,00      |
| 159     | 42000 COM          | 100.002.00302/CIMETIDINA 200MG.<br>CÓDIGO BEC: 463213<br><b>PRATIDONADUZZI</b>   | 0,1300         | 5.460,00    |
| 064     | 41000 COM          | 100.002.00010/CIPROFLOXACINA,<br>CLORIDRATO 500 MG. CÓDIGO BEC: 108545<br><b>PRATIDONADUZZI</b>  | 0,1690         | 6.929,00    |
| 177     | 10000 COM          | 100.002.00429/CLORIDRATO DE TIAMINA<br>300 MG COMPRIMIDO; DADOS DE<br>IDENTIFICAÇÃO E PROCEDENCIA IMPRESSOS<br>NA EMBALAGEM DO MEDICAMENTO; LOTE E<br>VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM<br>PRIMARIA E SECUNDARIA DO MEDICAMENTO;<br>REGISTRO EM VIGOR NO MINISTERIO DA<br>SAUDE; VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO<br>BEC: 495727<br><b>PRATIDONADUZZI</b>        | 0,1750         | 1.750,00    |
| 130     | 56000 COM          | 100.002.00204/IBUPROFENO 600 MG.<br>CÓDIGO BEC: 110175<br><b>PRATIDONADUZZI</b>  | 0,1050         | 5.880,00    |
| 188     | 9000 COM           | 100.002.00515/LEVOFLOXACINO 500 MG<br>CP. CÓDIGO BEC: 358096<br><b>PRATIDONADUZZI</b>  | 0,5800         | 5.220,00    |
| 132     | 6500 FR            | 100.002.00206/LORATADINA SOLUÇÃO ORAL<br>1 MG/ML. 100 ML. CÓDIGO BEC: 417343<br><b>PRATIDONADUZZI</b>  | 1,9900         | 12.935,00   |
| 169     | 320000 COM         | 100.002.00379/LOSARTANA POTASSICA 50<br>MG COMPRIMIDO REVESTIDO; DADOS DE<br>IDENTIFICAÇÃO E PROCEDENCIA IMPRESSOS<br>NA EMBALAGEM DO MEDICAMENTO; LOTE E<br>VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM<br>PRIMARIA E SECUNDARIA DO MEDICAMENTO.<br>REGISTRO EM VIGOR NO MINISTERIO DA<br>SAUDE; VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO<br>BEC: 284300<br><b>PRATIDONADUZZI</b> | 0,0290         | 9.280,00    |
| 133     | 1500 BGA           | 100.002.00208/NEOMICINA + BACITRACINA<br>5MG/250UI. COM 10GR DE POMADA. COM<br>VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO<br>BEC: 292168<br><b>PRATIDONADUZZI</b>   | 0,9400         | 1.410,00    |



Pedido de Compra 3742/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 3744/2018

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

Modalidade: 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3472/2018 Empenho: 8775/2018 - 08/06/2018

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

| Item Nº | Quantidade Un.Med. | Especificação  | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|--------------------|--|----------------|-------------|
| 069     | 350 FR             | 100.002.00018/NISTATINA 100.000 UI/ML SUSPENSÃO ORAL VIDRO COM 30 ML. COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA, REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE, VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 504084<br><b>PRATIDONADUZZI</b> | 2,1900         | 766,50      |
| 182     | 900 UN             | 100.002.00463/NISTATINA CREME VAG 25000 UI/G. VALIDADE MINIMA 12 MESES, COM 10 APLICADORES POR TUBO/UNIDADE. CÓDIGO BEC: 504076<br><b>PRATIDONADUZZI</b>   | 3,3100         | 2.979,00    |
| 175     | 2000 FR            | 100.002.00411/PREDNISOLONA SOLUÇÃO ORAL 3MG/ML, 100ML, VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 1067818<br><b>PRATIDONADUZZI</b>  | 5,7500         | 11.500,00   |
| 072     | 450 FR             | 100.002.00022/SULFATO DE SALBUTAMOL 2MG/5ML XAROPE + COPO, FRASCO COM 120ML. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 1289071<br><b>PRATIDONADUZZI</b>   | 0,9600         | 432,00      |

|                  |               |           |
|------------------|---------------|-----------|
| Pedido 3744/2018 | Total         | 74.140,80 |
|                  | Descontos (-) | 0,00      |
|                  | Impostos (+)  | 0,00      |
|                  | Valor         | 74.140,80 |

( SETENTA E QUATRO MIL E CENTO E QUARENTA REAIS E OITENTA CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

---

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3745/2018**

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

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

**Processo Nº:** 3455/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Anulação de Empenho:** 9238/2018

|                            |                             |  |
|----------------------------|-----------------------------|--|
| <b>Fornecedor</b>          | <b>2284</b>                 | <b>DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM</b> |
| <b>Nome Fantasia</b>       | <b>DER</b>                  |  |
| <b>Endereço</b>            | AV DO ESTADO, Nº 777, 3 AND | Bairro PONTE PEQUENA                       |
| <b>Cidade</b>              | SÃO PAULO                   | Estado SP                                  |
| <b>CEP</b>                 | 01.107-00                   | Nº Telefone (11) 3311-1718/1719            |
| <b>C.P.F / C.N.P.J. Nº</b> | 43.052.497/0001-02          | Nº Fax (11) 3311-1720                      |
| <b>Inscr. Estadual</b>     |                             | Inscr. Municipal                           |

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº 692** **Dest. Recurso** 013100000

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

**Unidade Orçamentaria** 11501 **GESTÃOS DO SUS**

**Validade** SESENTA DIAS

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

**Garantia** .

**Objeto** PAGAMENTO DE MULTA DE TRÂNSITO

**Aplicação** DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE- SETOR DE TRANSPORTE.

**Nº Requisição** 4051/2018

**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:**

| <b>Item Nº</b> | <b>Quantidade</b> | <b>Un.Med.</b> | <b>Especificação</b>  | <b>Valor Unitário</b> | <b>Valor Total</b> |
|----------------|-------------------|----------------|---|-----------------------|--------------------|
| 001            | 1                 | UN             | 017.001.00488/PAGAMENTO DE MULTA DE TRÂNSITO - AIT nº 1J077561-5/MULTA POR TRANSITAR EM VELOCIDADE SUPERIOR A MÁXIMA PERMITIDA EM ATÉ 20% - | 130,1600              | 130,16             |

|                         |                      |               |
|-------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Pedido 3745/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>130,16</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>130,16</b> |

( CENTO E TRINTA REAIS E DEZESSEIS CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3746/2018**

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

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

**Processo Nº:** 3456/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Anulação de Empenho:** 9116/2018

|                            |                             |  |
|----------------------------|-----------------------------|--|
| <b>Fornecedor</b>          | <b>2284</b>                 | <b>DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM</b> |
| <b>Nome Fantasia</b>       | <b>DER</b>                  |  |
| <b>Endereço</b>            | AV DO ESTADO, Nº 777, 3 AND | Bairro PONTE PEQUENA                       |
| <b>Cidade</b>              | SÃO PAULO                   | Estado SP                                  |
| <b>CEP</b>                 | 01.107-00                   | Nº Telefone (11) 3311-1718/1719            |
| <b>C.P.F / C.N.P.J. Nº</b> | 43.052.497/0001-02          | Nº Fax (11) 3311-1720                      |
| <b>Inscr. Estadual</b>     |                             | Inscr. Municipal                           |

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº 692** **Dest. Recurso** 013100000

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

**Unidade Orçamentaria** 11501 **GESTÃOS DO SUS**

**Validade** SESENTA DIAS

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

**Garantia** .

**Objeto** PAGAMENTO DE MULTA DE TRÂNSITO

**Aplicação** DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE- SETOR DE TRANSPORTE.

**Nº Requisição** 4078/2018

**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:**

| <b>Item Nº</b> | <b>Quantidade</b> | <b>Un.Med.</b> | <b>Especificação</b>   | <b>Valor Unitário</b> | <b>Valor Total</b> |
|----------------|-------------------|----------------|--|-----------------------|--------------------|
| 001            | 1                 | UN             | 017.001.00488/PAGAMENTO DE MULTA DE TRÂNSITO - AIT nº 1C971770-5-TRANSITAR EM VELOCIDADE SUPERIOR A MÁXIMA PERMITIDA EM ATÉ 20%. - | 130,1600              | 130,16             |

|                         |                      |               |
|-------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Pedido 3746/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>130,16</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>130,16</b> |

( CENTO E TRINTA REAIS E DEZESSEIS CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

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

(Página: 8 / 88)

Sistema CECAM  
Data: 15/08/2018 08:55  
Sistema CECAM**Pedido de Compra 3742/2018 - 0****Nº Pedido de Compra: 3747/2018****Categoria Econômica:** 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 3457/2018**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Anulação de Empenho:** 9237/2018**Fornecedor** 2284 **DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM**  
**Nome Fantasia** DER

Endereço AV. DO ESTADO, Nº 777, 3 AND

Bairro PONTE PEQUENA

Cidade SÃO PAULO

Estado SP

CEP 01.107-00

Nº Telefone (11) 3311-1718/1719

C.P.F / C.N.P.J. Nº 43.052.497/0001-02

Nº Fax (11) 3311-1720

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 692

Dest. Recurso 013100000

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

Unidade Orçamentaria 11501 GESTÃOS DO SUS

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto PAGAMENTO DE MULTA DE TRÂNSITO

Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE- SETOR DE TRANSPORTE.

Nº Requisição 4073/2018

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      | 017.001.00488/PAGAMENTO DE MULTA DE TRÂNSITO - AIT Nº1J056421-5 TRANSITAR EM VELOCIDADE SUPERIOR A MÁXIMA PERMITIDA EM ATÉ 20%. - | 130,1600       | 130,16      |

|                         |                      |               |
|-------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Pedido 3747/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>130,16</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>130,16</b> |

**( CENTO E TRINTA REAIS E DEZESSEIS CENTAVOS )****SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018**RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRASRENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO





**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3748/2018**

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

**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 3473/2018 **Empenho:** 8776/2018 - 08/06/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Fornecedor</b> 3749 | <b>SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA</b> |
| <b>Nome Fantasia</b>   | <b>SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA</b> |
| Endereço               | AV. SENADOR FLAQUER, Nº 869               |
| Cidade                 | SÃO BERNARDO DO CAMP                      |
| CEP                    | 09725-443                                 |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº    | 05.847.630/0001-10                        |
| Inscr. Estadual        |   |
| e-mail                 | licitacao.sp@somahospitalar.com.br        |
|                        | Bairro VILA EUCLIDES                      |
|                        | Estado SP                                 |
|                        | Nº Telefone (011) 4122-9800               |
|                        | Nº Fax (011) 4122-9808                    |
|                        | Inscr. Municipal                          |

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

Endereço AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES  
 Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
 Validade CONFORME EDITAL  
 Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto CONFORME EDITAL  
 Garantia CONFORME EDITAL  
 Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.  
 Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Responsável **lic-daniela**

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

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

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

**Inscrição Nº** 0

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

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

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

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação  | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|--|----------------|-------------|
| 125     | 315000     | COM     | 100.002.00190/ÁCIDO ACETILSALICÍLICO<br>100 MG; COMPRIMIDOS TAMPONADOS; CÓDIGO<br>BEC: 103187<br><b>SOMALGIN</b>   | 0,1800         | 56.700,00   |
| 110     | 30000      | COM     | 100.002.00132/ÁCIDO FÓLICO 5MG.<br>CÓDIGO BEC: 103292<br><b>FOLIFOLIN</b>  | 0,0340         | 1.020,00    |
| 157     | 97000      | COM     | 100.002.00294/CARBONATO DE CÁLCIO<br>500MG + COLECALCIFEROL 400 UI.<br>VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. CÓDIGO<br>BEC: 1854674<br><b>DOLOTRAT PRO</b>  | 0,1200         | 11.640,00   |
| 158     | 25000      | COM     | 100.002.00298/CARBONATO DE LÍTIO<br>300MG. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES.<br>CÓDIGO BEC: 108170<br><b>HIPOLABOR (G)</b>  | 0,1650         | 4.125,00    |
| 111     | 10000      | COM     | 100.002.00135/CLORIDRATO DE<br>BUPROPIONA 150 MG; EXCIPIENTES<br>(CELULOSE MICROCRISTALINA,<br>HIDROXIPROPILMETILCELULOSE, CLORIDRATO<br>DE CISTEÍNA, ESTEARATO DE MAGNÉSIO,<br>DIÓXIDO DE TITÂNIO, POLIETILENOGLICOL,<br>POLISSORBATO 80, CORANTES AZUL FD & C<br>NO 2 E VERMELHO FD & C NO 40 E CERA DE<br>CARNAÚBA) Q.S.P. 1 COMPRIMIDO. VALIDADE<br>MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 1205919<br><b>EMS (G)</b> | 0,3800         | 3.800,00    |

**Nº Pedido de Compra: 3748/2018****Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT****Modalidade: 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL****Processo Nº: 3473/2018 Empenho: 8776/2018 - 08/06/2018****Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

| <b>Item Nº</b> | <b>Quantidade Un.Med.</b> | <b>Especificação</b>  | <b>Valor Unitário</b> | <b>Valor Total</b> |
|----------------|---------------------------|---|-----------------------|--------------------|
| 181            | 10000 COM                 | 100.002.00462/DOXAZOSINA 2MG<br>COMPRIMIDO VALIDADE MÍNIMA 12 MESES.<br>CÓDIGO BEC: 398934<br><b>EMS (G)</b>  | 0,1050                | 1.050,00           |
| 167            | 1300 FR                   | 100.002.00347/ESCOPOLAMINA + DIPIRONA<br>6,67 MG+333,4 MG/ML GOTAS, 20 ML.<br>CÓDIGO BEC: 165174<br><b>FARMACE (G)</b>  | 4,7200                | 6.136,00           |
| 146            | 2500 COM                  | 100.002.00246/FLUCONAZOL 150MG.<br>VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC:<br>364118<br><b>MEDQUIMICA (G)</b>   | 0,3000                | 750,00             |
| 094            | 600 TUB                   | 100.002.00086/LIDOCAÍNA 2% GELÉIA<br>TUBO COM 30 GR. VALIDADE MÍNIMA 12<br>MESES. CÓDIGO BEC: 501093<br><b>HIPOLABOR (G)</b>  | 2,3000                | 1.380,00           |
| 173            | 106000 COM                | 100.002.00396/NIFEDIPINA 20MG<br>COMPRIMIDO, LIBERAÇÃO LENTA; VALIDADE<br>MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 472727<br><b>NIFEDIPRESS</b>   | 0,0900                | 9.540,00           |
| 147            | 3000 COM                  | 100.002.00250/NORFLOXACINA 400MG.<br>VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. CÓDIGO<br>BEC: 108995<br><b>FLOXIMED</b>  | 0,2000                | 600,00             |
| 149            | 96000 COM                 | 100.002.00258/PENTOXIFILINA 400 MG.<br>COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E<br>PROCEDÊNCIA, REGISTRO NO MINISTÉRIO DA<br>SAÚDE, VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO<br>BEC: 108839<br><b>EMS (G)</b> | 0,5500                | 52.800,00          |
| 134            | 20000 COM                 | 100.002.00209/PREDNISONA 20MG.<br>VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO<br>BEC: 487023<br><b>EMS (G)</b>  | 0,1440                | 2.880,00           |
| 079            | 32000 COM                 | 100.002.00037/PREDNISONA 5MG.<br>VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC:<br>487007<br><b>PREDCORT</b>   | 0,0710                | 2.272,00           |
| 142            | 39000 COM                 | 100.002.00234/SINVASTATINA 40MG<br>(COMPRIMIDO). CÓDIGO BEC: 1539302<br><b>EMS (G)</b>  | 0,1000                | 3.900,00           |



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3748/2018**

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

**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 3473/2018 **Empenho:** 8776/2018 - 08/06/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

| <u>Item Nº</u> | <u>Quantidade</u> | <u>Un.Med.</u> | <u>Especificação</u> | <u>Valor Unitário</u> | <u>Valor Total</u> |
|----------------|-------------------|----------------|----------------------|-----------------------|--------------------|
|                |                   |                | Pedido 3748/2018     | <b>Total</b>          | <b>158.593,00</b>  |
|                |                   |                |                      | <b>Descontos (-)</b>  | <b>0,00</b>        |
|                |                   |                |                      | <b>Impostos (+)</b>   | <b>0,00</b>        |
|                |                   |                |                      | <b>Valor</b>          | <b>158.593,00</b>  |

( CENTO E CINQUENTA E OITO MIL E QUINHENTOS E NOVENTA E TRÊS REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

DEBORA FERRAZ CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE LICITAÇÕES

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3749/2018**

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

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

**Processo Nº:** 3458/2018 **Empenho:** 9128/2018 - 11/06/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Fornecedor</b> 5708 | <b>SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES</b>      |
| <b>Nome Fantasia</b>   | <b>SP SMT DSV DEPARTAMENTO DE OPERAÇÃO SISTEMA VIARIO</b> |
| Endereço               | AV DAS NACOES UNIDAS, Nº 7203                             |
| Cidade                 | SÃO PAULO   |
| CEP                    | 05477-000   |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº    | 46.392.155/0003-83  |
| Inscr. Estadual        |   |
|                        | Bairro PINHEIROS  |
|                        | Estado SP   |
|                        | Nº Telefone (011) 3219-0066                               |
|                        | Nº Fax ( )  |
|                        | Inscr. Municipal  |

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº** 692 **Dest. Recurso** 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
 Unidade Orçamentaria 11501 GESTÃOS DO SUS  
 Validade SESENTA DIAS  
 Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL  
 Garantia .  
 Objeto PAGAMENTO DE MULTA DE TRÂNSITO  
 Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE- SETOR DE TRANSPORTE.  
 Nº Requisição 4074/2018

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      | 017.001.00488/PAGAMENTO DE MULTA DE TRÂNSITO - AIT nº 1-130155455- ESTACIONAR NO PASSEIO/CALÇADA. - | 197,1800       | 197,18      |

|                         |                      |               |
|-------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Pedido 3749/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>197,18</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>197,18</b> |

( CENTO E NOVENTA E SETE REAIS E DEZOITO CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 3750/2018  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 3474/2018 **Empenho:** 8777/2018 - 08/06/2018  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                      |                             |                                   |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| <b>Fornecedor</b>    | <b>10837</b>                | <b>ALTERMED MAT MED HOSP LTDA</b> |
| <b>Nome Fantasia</b> |                             | <b>ALTERMED</b>                   |
| Endereço             | ESTRADA BOA ESPERANÇA, 2320 | Bairro FUNDOS CANOAS              |
| Cidade               | RIO DO SUL                  | Estado SC                         |
| CEP                  | 89163-554                   | Nº Telefone (047) 3520-9000       |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº  | 00.802.002/0001-02          | Nº Fax (047) 3520-9004            |
| Inscr. Estadual      |                             | Inscr. Municipal                  |
| e-mail               | ALTERMED@ALTERMED.COM.BR    |                                   |

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

Endereço AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES  
Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
Validade CONFORME EDITAL  
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto CONFORME EDITAL  
Garantia CONFORME EDITAL  
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.  
Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Responsável **lic-daniela**

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

**Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA  
**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50 **Inscrição Nº** 0  
**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** ( ) ( - )  
**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação   | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|---|----------------|-------------|
| 058     | 16000      | COM     | 100.002.00003/ALENDRONATO DE SODIO 70 MG COMPRIMIDO; CADA COMPRIMIDO REVESTIDO DE 70 MG CONTEM: ALENDRONATO DE SODIO (EQUIVALENTE A 70 MG DE ACIDO ALENDRONICO) 91,42 MG; DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA IMPRESSOS NA EMBALAGEM DO PRODUTO; LOTE E VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM PRIMARIA E SECUNDARIA DO MEDICAMENTO REGISTRO EM VIGOR NO MINISTERIO DA SAUDE; VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 1690426<br><b>Delta-Cellera</b> | 0,2080         | 3.328,00    |
| 154     | 390        | COM     | 100.002.00277/AMOXICILINA 875 MG + CLAVUNATO 125 MG. VALIDADE MÍNIMA 24 MESES. CÓDIGO BEC: 2107147<br><b>Germed</b>   | 1,7900         | 698,10      |
| 168     | 150        | COM     | 100.002.00373/DINIDRATO DE ISOSSORBIDA, COMPRIMIDO DE 5 MG. VALIDADE MINIMA 12 MESES; CÓDIGO BEC: 108774<br><b>E.M.S</b>  | 0,2365         | 35,48       |
| 119     | 300        | COM     | 100.002.00163/PIRIMETAMINA 25 MG COMPRIMIDO. VALIDADE MÍNIMA 24 MESES; CÓDIGO BEC: 110060   | 0,0860         | 25,80       |



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3750/2018**

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

**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 3474/2018 **Empenho:** 8777/2018 - 08/06/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

| <u>Item Nº</u> | <u>Quantidade</u> | <u>Un.Med.</u> | <u>Especificação</u> | <u>Valor Unitário</u> | <u>Valor Total</u> |
|----------------|-------------------|----------------|----------------------|-----------------------|--------------------|
|                |                   |                | Pedido 3750/2018     | <b>Total</b>          | <b>4.087,38</b>    |
|                |                   |                |                      | <b>Descontos (-)</b>  | <b>0,00</b>        |
|                |                   |                |                      | <b>Impostos (+)</b>   | <b>0,00</b>        |
|                |                   |                |                      | <b>Valor</b>          | <b>4.087,38</b>    |

( QUATRO MIL E OITENTA E SETE REAIS E TRINTA E OITO CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

\_\_\_\_\_  
LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

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



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3751/2018**

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

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

**Processo Nº:** 3459/2018 **Empenho:** 9129/2018 - 11/06/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Fornecedor</b> 5708 | <b>SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES</b>      |
| <b>Nome Fantasia</b>   | <b>SP SMT DSV DEPARTAMENTO DE OPERAÇÃO SISTEMA VIARIO</b> |
| Endereço               | AV DAS NACOES UNIDAS, Nº 7203                             |
| Cidade                 | SÃO PAULO   |
| CEP                    | 05477-000   |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº    | 46.392.155/0003-83  |
| Inscr. Estadual        |   |
|                        | Bairro PINHEIROS  |
|                        | Estado SP   |
|                        | Nº Telefone (011) 3219-0066                               |
|                        | Nº Fax ( )  |
|                        | Inscr. Municipal  |

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº** 692 **Dest. Recurso** 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
 Unidade Orçamentaria 11501 GESTÃOS DO SUS  
 Validade SESENTA DIAS  
 Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL  
 Garantia .  
 Objeto PAGAMENTO DE MULTA DE TRÂNSITO  
 Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE- SETOR DE TRANSPORTE.  
 Nº Requisição 4076/2018

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      | 017.001.00488/PAGAMENTO DE MULTA DE TRÂNSITO - AIT nº 4412851023-MULTA POR NÃO IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR INFRATOR IMPOSTA A PESSOA JURÍDICA. - | 195,2300       | 195,23      |

|                         |                      |               |
|-------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Pedido 3751/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>195,23</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>195,23</b> |

( CENTO E NOVENTA E CINCO REAIS E VINTE E TRÊS CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3753/2018**

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

**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 3475/2018 **Empenho:** 8778/2018 - 08/06/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                            |  |  |
|----------------------------|--|--|
| <b>Fornecedor</b>          | <b>10529</b>                           | <b>PROMEFARMA REPRESENTACOES COMERCIAIS LTDA</b> |
| <b>Nome Fantasia</b>       |  | <b>PROMEFARMA REPRESENTACOES COMERCIAIS LTDA</b> |
| <b>Endereço</b>            | R PROF LEONIDAS FERREIRA DA COSTA, 847 | Bairro PAROLIM                                   |
| <b>Cidade</b>              | CURITIBA                               | Estado PR  |
| <b>CEP</b>                 | 80220-410                              | Nº Telefone (041) 3052-7900                      |
| <b>C.P.F / C.N.P.J. Nº</b> | 81.706.251/0001-98                     | Nº Fax (041) 3052-7914                           |
| <b>Inscr. Estadual</b>     | 816.014.972.114                        | Inscr. Municipal                                 |
| <b>e-mail</b>              | comercial@promefarma.com.br            |  |

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

**Endereço** AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES  
**Unidade Orçamentaria** 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
**Validade** CONFORME EDITAL  
**Prazo Entrega** ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO **Prazo de Pagto** CONFORME EDITAL  
**Garantia** CONFORME EDITAL  
**Objeto** AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.  
**Aplicação** DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Responsável lic-daniela**

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

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

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

**Inscrição Nº** 0

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

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

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

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação  | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|--|----------------|-------------|
| 087     | 1900       | FR      | 100.002.00074/AMBROXOL, CLORIDRATO 15 MG/5 ML XAROPE, 120 ML. CÓDIGO BEC: 504343 FARMACE | 1,5300         | 2.907,00    |
| 164     | 180000     | COM     | 100.002.00338/DICLOFENACO SODICO 50MG COMPRIMIDO. CÓDIGO BEC: 103411 VITAMED             | 0,0240         | 4.320,00    |

|                         |                      |                 |
|-------------------------|----------------------|-----------------|
| <b>Pedido 3753/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>7.227,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>7.227,00</b> |

( SETE MIL E DUZENTOS E VINTE E SETE REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO





**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3754/2018**

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

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

**Processo Nº:** 3461/2018 **Empenho:** 9130/2018 - 11/06/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Fornecedor</b> 5708 | <b>SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES</b>      |
| <b>Nome Fantasia</b>   | <b>SP SMT DSV DEPARTAMENTO DE OPERAÇÃO SISTEMA VIARIO</b> |
| Endereço               | AV DAS NACOES UNIDAS, Nº 7203                             |
| Cidade                 | SÃO PAULO   |
| CEP                    | 05477-000   |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº    | 46.392.155/0003-83  |
| Inscr. Estadual        |   |
|                        | Bairro PINHEIROS  |
|                        | Estado SP   |
|                        | Nº Telefone (011) 3219-0066                               |
|                        | Nº Fax ( )  |
|                        | Inscr. Municipal  |

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº** 692 **Dest. Recurso** 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
 Unidade Orçamentaria 11501 GESTÃOS DO SUS  
 Validade SESENTA DIAS  
 Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL  
 Garantia .  
 Objeto PAGAMENTO DE MULTA DE TRÂNSITO  
 Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE- SETOR DE TRANSPORTE.  
 Nº Requisição 4080/2018

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      | 017.001.00488/PAGAMENTO DE MULTA DE TRÂNSITO - AIT nº 4-41266167-MULTA POR NÃO IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR, IMPOSTA A PESSOA JURÍDICA. - | 132,7500       | 132,75      |

|                         |                      |               |
|-------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Pedido 3754/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>132,75</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>132,75</b> |

( CENTO E TRINTA E DOIS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3755/2018**

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

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

**Processo Nº:** 3462/2018 **Empenho:** 9131/2018 - 11/06/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Fornecedor</b> 5708 | <b>SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES</b>      |
| <b>Nome Fantasia</b>   | <b>SP SMT DSV DEPARTAMENTO DE OPERAÇÃO SISTEMA VIARIO</b> |
| Endereço               | AV DAS NACOES UNIDAS, Nº 7203                             |
| Cidade                 | SÃO PAULO   |
| CEP                    | 05477-000   |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº    | 46.392.155/0003-83  |
| Inscr. Estadual        |   |
|                        | Bairro PINHEIROS  |
|                        | Estado SP   |
|                        | Nº Telefone (011) 3219-0066                               |
|                        | Nº Fax ( )  |
|                        | Inscr. Municipal  |

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº** 692 **Dest. Recurso** 013100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
 Unidade Orçamentaria 11501 GESTÃOS DO SUS  
 Validade SESENTA DIAS  
 Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL  
 Garantia .  
 Objeto PAGAMENTO DE MULTA DE TRÂNSITO  
 Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE- SETOR DE TRANSPORTE.  
 Nº Requisição 4081/2018

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      | 017.001.00488/PAGAMENTO DE MULTA DE TRÂNSITO - AIT nº 4-412475592-MULTA POR NÃO IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR INFRATOR, IMPOSTA A PESSOA JURIDÍCA. - | 394,3600       | 394,36      |

|                         |                      |               |
|-------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Pedido 3755/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>394,36</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>394,36</b> |

( TREZENTOS E NOVENTA E QUATRO REAIS E TRINTA E SEIS CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 3742/2018 - 0****Nº Pedido de Compra: 3756/2018****Categoria Econômica:** 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 3463/2018 **Empenho:** 9132/2018 - 11/06/2018**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                      |                               |   |
|----------------------|-------------------------------|---|
| <b>Fornecedor</b>    | <b>5708</b>                   | <b>SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES</b>      |
| <b>Nome Fantasia</b> |                               | <b>SP SMT DSV DEPARTAMENTO DE OPERAÇÃO SISTEMA VIARIO</b> |
| Endereço             | AV DAS NACOES UNIDAS, Nº 7203 | Bairro PINHEIROS  |
| Cidade               | SÃO PAULO                     | Estado SP   |
| CEP                  | 05477-000                     | Nº Telefone (011) 3219-0066                               |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº  | 46.392.155/0003-83            | Nº Fax ( )  |
| Inscr. Estadual      |                               | Inscr. Municipal  |

|                         |                             |                     |                                |
|-------------------------|-----------------------------|---------------------|--------------------------------|
| <b>Local de Entrega</b> | <b>ALMOXARIFADO CENTRAL</b> | <b>Ficha Nº 692</b> | <b>Dest. Recurso 013100000</b> |
|-------------------------|-----------------------------|---------------------|--------------------------------|

|                      |  |                |                             |
|----------------------|--|----------------|-----------------------------|
| Endereço             | AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122 |                |                             |
| Unidade Orçamentaria | 11501  | GESTÃOS DO SUS |                             |
| Validade             | SESSENTA DIAS  |                |                             |
| Prazo Entrega        | ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO                                | Prazo de Pagto | VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL |
| Garantia             | .  |                |                             |
| Objeto               | PAGAMENTO DE MULTA DE TRÂNSITO                           |                |                             |
| Aplicação            | DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE- SETOR DE TRANSPORTE.    |                |                             |
| Nº Requisição        | 4082/2018  |                |                             |

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      | 017.001.00488/PAGAMENTO DE MULTA DE TRÂNSITO - AIT nº 1-131663000- TRANSITAR EM VELOCIDADE SUPERIOR A MÁXIMA PERMITIDA EM ATÉ 20%. - | 130,1600       | 130,16      |

|                         |                      |               |
|-------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Pedido 3756/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>130,16</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>130,16</b> |

( CENTO E TRINTA REAIS E DEZESSEIS CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

---

 RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

 RENATA MOYSES CASSIANO  
 DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3757/2018**

**Categoria Econômica:** 3.3.90.39.48 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.

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

**Processo Nº:** 3464/2018

**Vínculo:** EDUCAÇÃO

**Anulação de Empenho:** 9290/2018

|                            |                                      |  |
|----------------------------|--------------------------------------|--|
| <b>Fornecedor</b>          | <b>11130</b>                         | <b>GL HEALTH CURSOS E EVENTOS LTDA</b> |
| <b>Nome Fantasia</b>       |                                      | <b>GL HEALTH</b>                       |
| <b>Endereço</b>            | AVENIDA CORONEL QUITO JUNQUEIRA, 538 | Bairro CAMPOS ELÍSEOS                  |
| <b>Cidade</b>              | RIBEIRÃO PRETO                       | Estado SP                              |
| <b>CEP</b>                 | 14085-610                            | Nº Telefone (016) 99233-3296           |
| <b>C.P.F / C.N.P.J. Nº</b> | 29.525.542/0001-60                   | Nº Fax ( )                             |
| <b>Inscr. Estadual</b>     |                                      | Inscr. Municipal                       |
| <b>e-mail</b>              | contato@glhealth.com.br              |  |

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº 539** **Dest. Recurso** 052000004

**Endereço** AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
**Unidade Orçamentaria** 11402 SETOR DE ENSINO FUNDAMENTAL  
**Validade** SESENTA DIAS  
**Prazo Entrega** ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO **Prazo de Pagto** VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL  
**Garantia** .  
**Objeto** CURSO DE CAPACITAÇÃO PARA NUTRICIONISTAS DO SETOR DE NUTRIÇÃO  
**Aplicação** EDUCAÇÃO - SETOR DE NUTRIÇÃO ESCOLAR  
**Nº Requisição** 4137/2018

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     | 2          | SERV    | 017.001.00343/CURSO E CAPACITAÇÃO DE PESSOAL - INTRODUÇÃO ALIMENTAR DO BEBÊ - BLW E ALIMENTAÇÃO PARTICIPATIVA, SERÁ REALIZADO NA DATA DE 16 DE JUNHO - | 280,0000       | 560,00      |

|                         |                      |               |
|-------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Pedido 3757/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>560,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>560,00</b> |

( QUINHENTOS E SESENTA REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 3742/2018 - 0****Nº Pedido de Compra: 3758/2018****Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT****Modalidade: 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL****Processo Nº: 3476/2018 Empenho: 8779/2018 - 08/06/2018****Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

---

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

---

|                         |                       |                     |                                |
|-------------------------|-----------------------|---------------------|--------------------------------|
| <b>Local de Entrega</b> | DEPARTAMENTO DE SAÚDE | <b>Ficha Nº</b> 828 | <b>Dest. Recurso</b> 013100000 |
|-------------------------|-----------------------|---------------------|--------------------------------|

|                      |  |                          |                 |
|----------------------|--|--------------------------|-----------------|
| Endereço             | AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES |                          |                 |
| Unidade Orçamentaria | 11505  | ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA |                 |
| Validade             | CONFORME EDITAL  |                          |                 |
| Prazo Entrega        | ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO                              | Prazo de Pagto           | CONFORME EDITAL |
| Garantia             | CONFORME EDITAL  |                          |                 |
| Objeto               | AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.                             |                          |                 |
| Aplicação            | DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE                        |                          |                 |
| Nº Contrato          | 112 / 2018   |                          |                 |

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

| <b>Item Nº</b> | <b>Quantidade</b> | <b>Un.Med.</b> | <b>Especificação</b>   | <b>Valor Unitário</b> | <b>Valor Total</b> |
|----------------|-------------------|----------------|--|-----------------------|--------------------|
| 088            | 20000             | COM            | 100.002.00075/AMINOFILINA 100MG.<br>CÓDIGO BEC: 106178<br><b>HIPOLABOR</b>   | 0,0579                | 1.158,00           |
| 077            | 460               | TUB            | 100.002.00035/CETOCONAZOL CREME TB.<br>COM 30 GRS. COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO<br>E PROCEDÊNCIA, REG. NO MINISTÉRIO DA<br>SAÚDE E VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES.<br>CÓDIGO BEC: 463167<br><b>SOBRAL</b> | 1,4800                | 680,80             |
| 166            | 500               | COM            | 100.002.00343/CLORIDRATO DE<br>DOXICICLINA 100MG. VALIDADE MINIMA DE<br>12 MESES. CÓDIGO BEC: 127710<br><b>PHARLAB</b>   | 0,1400                | 70,00              |
| 139            | 100000            | COM            | 100.002.00227/CLORIDRATO DE<br>PAROXETINA 20 MG. VALIDADE MÍNIMA 12<br>MESES. CÓDIGO BEC: 691496<br><b>ZYDUS</b>   | 0,1700                | 17.000,00          |
| 081            | 500               | COM            | 100.002.00050/IVERMECTINA 6 MG.<br>CÓDIGO BEC: 763209<br><b>VITAMEDIC</b>  | 0,1900                | 95,00              |
| 096            | 55000             | COM            | 100.002.00089/MALEATO ENALAPRIL 20 MG<br>- COMPRIMIDO - VALIDADE MÍNIMA 12<br>MESES; CÓDIGO BEC: 105961<br><b>SANVAL</b>   | 0,0345                | 1.897,50           |



Pedido de Compra 3742/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 3758/2018

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

Modalidade: 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3476/2018 Empenho: 8779/2018 - 08/06/2018

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação   | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|---|----------------|-------------|
| 171     | 1000       | COM     | 100.002.00381/MEBENDAZOL 100MG.<br>CÓDIGO BEC: 486795<br>SOBRAL                                     | 0,0460         | 46,00       |
| 124     | 500        | COM     | 100.002.00180/SULFADIAZINA 500 MG -<br>VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO<br>BEC: 111406<br>SOBRAL | 0,1670         | 83,50       |

|                  |               |           |
|------------------|---------------|-----------|
| Pedido 3758/2018 | Total         | 21.030,80 |
|                  | Descontos (-) | 0,00      |
|                  | Impostos (+)  | 0,00      |
|                  | Valor         | 21.030,80 |

( VINTE E UM MIL E TRINTA REAIS E OITENTA CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 3742/2018 - 0****Nº Pedido de Compra: 3759/2018****Categoria Econômica:** 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 3465/2018 **Empenho:** 9181/2018 - 12/06/2018**Vínculo:** FUNDO MUNIC. DE ASSIST SOCIAL

---

|                            |                             |   |
|----------------------------|-----------------------------|---|
| <b>Fornecedor</b>          | <b>4292</b>                 | <b>MARCELO FELICIANO FERNANDES - CONCERTOS - ME</b> |
| <b>Nome Fantasia</b>       | <b>ELETROFER (SÃO JOÃO)</b> |   |
| <b>Endereço</b>            | R OSCAR JANSON, Nº 275      | Bairro CENTRO                                       |
| <b>Cidade</b>              | SÃO JOÃO DA BOA VIST        | Estado SP   |
| <b>CEP</b>                 | 13870-000                   | Nº Telefone (019) 3631-6955                         |
| <b>C.P.F / C.N.P.J. Nº</b> | 07.740.029/0001-59          | Nº Fax ( )  |
| <b>Inscr. Estadual</b>     |                             | Inscr. Municipal                                    |
| <b>e-mail</b>              | eleetrofer_ma@yahoo.com.br  |   |

---

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 312

Dest. Recurso 055000019

**Endereço** AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
**Unidade Orçamentaria** 11101 FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL  
**Validade** SESSENTA DIAS  
**Prazo Entrega** ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO **Prazo de Pagto** VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL  
**Garantia** .  
**Objeto** SERVIÇO DE MANUTENÇÃO EM BEBEDOURO  
**Aplicação** DEPARTAMENTO DE ASSISTENCIA SOCIAL  
**Nº Requisição** 4213/2018

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:**

| <b>Item Nº</b> | <b>Quantidade</b> | <b>Un.Med.</b> | <b>Especificação</b>   | <b>Valor Unitário</b> | <b>Valor Total</b> |
|----------------|-------------------|----------------|--|-----------------------|--------------------|
| 001            | 1                 | SERV           | 017.001.00357/MANUTENÇÃO DE BEBEDOURO<br>- manutenção de 02 bebedouros - | 410,0000              | 410,00             |

|                         |                      |               |
|-------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Pedido 3759/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>410,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>410,00</b> |

**( QUATROCENTOS E DEZ REAIS )****SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018**

---

**RENATA ALEIXO DE CARVALHO**  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

**RENATA MOYSES CASSIANO**  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3760/2018**

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

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

**Processo Nº:** 3466/2018 **Empenho:** 9182/2018 - 12/06/2018

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

|                      |                                |                            |                  |
|----------------------|--------------------------------|----------------------------|------------------|
| <b>Fornecedor</b>    | <b>11031</b>                   | <b>EDSON LUIS ARRIGONI</b> |                  |
| <b>Nome Fantasia</b> |                                | <b>VIDRAÇARIA BRASIL</b>   |                  |
| Endereço             | AVENIDA BRASÍLIA, 1069         | Bairro                     | VILA ZANETTI     |
| Cidade               | SÃO JOÃO DA BOA VISTA          | Estado                     | SP               |
| CEP                  | 13870-590                      | Nº Telefone                | (019) 3623-6169  |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº  | 29.795.371/0001-99             | Nº Fax                     | (019) 97172-9704 |
| Inscr. Estadual      |                                | Inscr. Municipal           |                  |
| e-mail               | vidracaria.brasil@yahoo.com.br |                            |                  |

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL Ficha Nº 312 Dest. Recurso 055000019

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
 Unidade Orçamentaria 11101 FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL  
 Validade SESENTA DIAS  
 Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL  
 Garantia .  
 Objeto SERVIÇO DE CONFECÇÃO E INSTALAÇÃO DE PORTA DE VIDRO  
 Aplicação DEPARTAMENTO DE ASSISTENCIA SOCIAL  
 Nº Requisição 4196/2018

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          | SERV    | 017.009.00005/CONFECÇÃO E INSTALAÇÃO DE PORTA DE VIDRO CRISTAL INCOLOR, 8MM, TEMPERADO, COM FECHADURA E PUXADOR. - 03 PORTAS MEDINDO 210X78CM - | 1.245,0000     | 1.245,00    |

|                         |                      |                 |
|-------------------------|----------------------|-----------------|
| <b>Pedido 3760/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>1.245,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>1.245,00</b> |

( UM MIL E DUZENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO





**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3761/2018**

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

**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 3477/2018 **Empenho:** 8780/2018 - 08/06/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                      |   |   |
|----------------------|---|---|
| <b>Fornecedor</b>    | <b>5104</b>   | <b>COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA</b> |
| <b>Nome Fantasia</b> |   | <b>COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA</b> |
| Endereço             | PC EMILIO MARCONATO                                 | Bairro JAGUARIUNA PARK INDUSTRIAL           |
| Cidade               | JAGUARIUNA  | Estado SP                                   |
| CEP                  | 13820-000   | Nº Telefone (019) 3522-5804                 |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº  | 67.729.178/0004-91                                  | Nº Fax (019) 3522-5800                      |
| Inscr. Estadual      |   | Inscr. Municipal 395.060.142.110            |
| e-mail               | vendas@rioclarense.com.br, <adriana.perinotto@riocl |   |

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

Endereço AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES  
 Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
 Validade CONFORME EDITAL  
 Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto CONFORME EDITAL  
 Garantia CONFORME EDITAL  
 Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.  
 Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Responsável **lic-daniela**

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

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

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

**Inscrição Nº** 0

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

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

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

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação  | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|--|----------------|-------------|
| 059     | 1350       | FR      | 100.002.00004/AMOXICILINA 250 MG + CLAVUNATO 62,5 MG/5 ML PÓ P/SUSPENSÃO ORAL 75 ML. CÓDIGO BEC: 354961<br><b>SANDOZ</b>   | 11,2500        | 15.187,50   |
| 061     | 10000      | COM     | 100.002.00006/AZITROMICINA 500 MG. CÓDIGO BEC: 155160<br><b>MEDQUIMICA</b>   | 0,4400         | 4.400,00    |
| 089     | 550        | FR      | 100.002.00078/DELTAMETRINA XAMPU FRASCO COM 100 ML. COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA, REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE E VALIDADE DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 186414<br><b>CIFARMA</b> | 3,9800         | 2.189,00    |
| 091     | 77000      | COM     | 100.002.00082/ESPIRONOLACTONA 25 MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 122947<br><b>ASPEN</b>  | 0,1320         | 10.164,00   |
| 067     | 15000      | COM     | 100.002.00016/MALEATO DE LEVOMEPRIMAZINA 100 MG COMPRIMIDO. CÓDIGO BEC: 785679<br><b>CRISTALIA</b>   | 0,6300         | 9.450,00    |
| 141     | 212000     | COM     | 100.002.00233/SINVASTATINA 20 MG COMPRIMIDO; CÓDIGO BEC: 284297<br><b>SANDOZ</b>   | 0,0540         | 11.448,00   |



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3761/2018**

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

**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 3477/2018 **Empenho:** 8780/2018 - 08/06/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

| <u>Item Nº</u> | <u>Quantidade</u> | <u>Un.Med.</u> | <u>Especificação</u>    | <u>Valor Unitário</u> | <u>Valor Total</u> |
|----------------|-------------------|----------------|-------------------------|-----------------------|--------------------|
|                |                   |                | <b>Pedido 3761/2018</b> | <b>Total</b>          | <b>52.838,50</b>   |
|                |                   |                |                         | <b>Descontos (-)</b>  | <b>0,00</b>        |
|                |                   |                |                         | <b>Impostos (+)</b>   | <b>0,00</b>        |
|                |                   |                |                         | <b>Valor</b>          | <b>52.838,50</b>   |

( CINQUENTA E DOIS MIL E OITOCENTOS E TRINTA E OITO REAIS E CINQUENTA CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

\_\_\_\_\_  
JULIANA DIAS  
CHEFE EM SUBST. DO SETOR DE CONTRAT

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

**Pedido de Compra 3742/2018 - 0****Nº Pedido de Compra: 3762/2018****Categoria Econômica:** 3.3.90.30.99 - MATERIAL DE CONSUMO**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 3467/2018 **Empenho:** 9191/2018 - 12/06/2018**Vínculo:** ORDINÁRIO

|                       |                                       |                       |
|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| <b>Fornecedor</b> 647 | <b>FERREIRA &amp; NASCIMENTO LTDA</b> |                       |
| <b>Nome Fantasia</b>  | <b>CASA NASCIMENTO</b>                |                       |
| Endereço              | RUA SALDANHA MARINHO Nº 342           | Bairro CENTRO         |
| Cidade                | SÃO JOÃO DA BOA VISTA                 | Estado SP             |
| CEP                   | 13870-000                             | Nº Telefone 3622-2051 |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº   | 55.397.137/0001-13                    | Nº Fax                |
| Inscr. Estadual       |                                       | Inscr. Municipal      |
| e-mail                | nascimento.sjbv@gmail.com             |                       |

|  |                     |                                |
|--|---------------------|--------------------------------|
| <b>Local de Entrega</b> ALMOXARIFADO CENTRAL | <b>Ficha Nº</b> 493 | <b>Dest. Recurso</b> 011100000 |
|--|---------------------|--------------------------------|

|                      |  |  |
|----------------------|--|--|
| Endereço             | AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122 |  |
| Unidade Orçamentaria | 11301  | GABINETE DO DIRETOR - ESPORTES             |
| Validade             | SESSENTA DIAS  |  |
| Prazo Entrega        | ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO                                | Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL |
| Garantia             | .  |  |
| Objeto               | AQUISIÇÃO DE MATERIAL PARA UTILIZAÇÃO NO GINÁSIO DO CIC  |  |
| Aplicação            | Depto de Esportes  |  |
| Nº Requisição        | 4042/2018  |  |

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     | 48         | PC      | 004.001.00989/CHUMBADOR PARABOLT CBA<br>COM PARAFUSO 3/8 X 3 1/2 - | 3,0000         | 144,00      |

|                         |                      |               |
|-------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Pedido 3762/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>144,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>144,00</b> |

( CENTO E QUARENTA E QUATRO REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

---

 RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

 RENATA MOYSES CASSIANO  
 DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 3742/2018 - 0****Nº Pedido de Compra: 3763/2018****Categoria Econômica:** 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 3468/2018 **Empenho:** 9189/2018 - 12/06/2018**Vínculo:** ORDINÁRIO**Fornecedor 11131 BARBOS & CRISPIM LOCAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS ME LTDA****Nome Fantasia MÃOS A OBRA LOCAÇÃO DE MÁQUINAS**

Endereço RUA DAVID DE CARVALHO, 655

Bairro VILA VALENTIM

Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado SP

CEP 13873-020

Nº Telefone (019) 3623-5955

C.P.F / C.N.P.J. Nº 18.779.654/0001-20

Nº Fax (019) 97164-4177

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail maosaobra655@gmail.com

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL

Ficha Nº 497

Dest. Recurso 011100000

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

Unidade Orçamentaria 11301 GABINETE DO DIRETOR - ESPORTES

Validade SESENTA DIAS

Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO

Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL

Garantia .

Objeto LOCAÇÃO DE ANDAIMES PARA MANUTENÇÃO NO GINÁSIO CSU DURVAL

Aplicação Depto de Esportes

Nº Requisição 3984/2018

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          | SEM     | 017.012.00016/LOCAÇÃO DE ANDAIMES - | 70,0000        | 70,00       |

|                         |                      |              |
|-------------------------|----------------------|--------------|
| <b>Pedido 3763/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>70,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>  |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>  |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>70,00</b> |

**( SETENTA REAIS )****SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018**\_\_\_\_\_  
RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS\_\_\_\_\_  
RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 3742/2018 - 0****Nº Pedido de Compra: 3764/2018****Categoria Econômica:** 3.3.90.39.20 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 3469/2018 **Empenho:** 9223/2018 - 13/06/2018**Vínculo:** EDUCAÇÃO

|                      |                               |                                       |
|----------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Fornecedor</b>    | <b>6344</b>                   | <b>RUBENS APARECIDO CAMBAUVA - ME</b> |
| <b>Nome Fantasia</b> |                               | <b>TOLDOS RUBINHO</b>                 |
| Endereço             | R LUIZ HYPPOLITO COMBE, Nº 44 | Bairro VILA VALENTIM                  |
| Cidade               | SÃO JOÃO DA BOA VISTA         | Estado SP                             |
| CEP                  | 13873-028                     | Nº Telefone (019) 3633-4147           |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº  | 18.856.974/0001-37            | Nº Fax (019) 99322-3745               |
| Inscr. Estadual      | 639.090.210.110               | Inscr. Municipal 18558                |
| e-mail               | tlrubinho@uol.com.br          |                                       |

|                         |                      |                     |                                |
|-------------------------|----------------------|---------------------|--------------------------------|
| <b>Local de Entrega</b> | ALMOXARIFADO CENTRAL | <b>Ficha Nº</b> 539 | <b>Dest. Recurso</b> 052000004 |
|-------------------------|----------------------|---------------------|--------------------------------|

|                      |   |                             |                             |
|----------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Endereço             | AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  |                             |                             |
| Unidade Orçamentaria | 11402   | SETOR DE ENSINO FUNDAMENTAL |                             |
| Validade             | SESSENTA DIAS   |                             |                             |
| Prazo Entrega        | ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO                                 | Prazo de Pagto              | VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL |
| Garantia             | .   |                             |                             |
| Objeto               | CONFECÇÃO E INSTALAÇÃO DE TOLDOS PARA COBERTURA EM ESCOLA |                             |                             |
| Aplicação            | EDUCAÇÃO - MIGUEL JORGE                                   |                             |                             |
| Nº Requisição        | 4138/2018   |                             |                             |

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          | SERV    | 017.001.00954/SERVIÇO DE CONFECÇÃO E INSTALAÇÃO DE TOLDO - 01 COBERTURA NOVA EM FIBRA DE VIDRO 8,00 X 1,60M, COM CALHA E CONDUTOR; REFORMAS DE 02 TOLDOS RETANGULARES FIXOS DE MEDIDAS: 4, 40 X 2,00M E 2,60 X 1,00M - | 4.040,0000     | 4.040,00    |

|                         |                      |                 |
|-------------------------|----------------------|-----------------|
| <b>Pedido 3764/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>4.040,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>4.040,00</b> |

( QUATRO MIL E QUARENTA REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

---

 RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

 RENATA MOYSES CASSIANO  
 DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 3765/2018  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 3478/2018 **Empenho:** 8781/2018 - 08/06/2018  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Fornecedor 836 CRISTÁLIA PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA**  
**Nome Fantasia LABORATÓRIO CRISTÁLIA**  
Endereço RODOVIA ITAPIRA - LINDÓIA, KM 14 Bairro FAZ ESTANCIA CRISTAL  
Cidade ITAPIRA Estado SP  
CEP 13974-900 Nº Telefone (019) 3863 9500  
C.P.F / C.N.P.J. Nº 44.734.671/0001-51 Nº Fax (019) 3863-9589  
Inscr. Estadual 374.007.758.117 Inscr. Municipal  
e-mail concorrencia15@crystalia.com.br, <concorrencia7@cri

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

Endereço AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES  
Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
Validade CONFORME EDITAL  
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto CONFORME EDITAL  
Garantia CONFORME EDITAL  
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.  
Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Responsável **lic-daniela**

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

**Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA  
**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50 **Inscrição Nº** 0  
**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** ( ) ( - )  
**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação   | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|---|----------------|-------------|
| 155     | 30000      | COM     | 100.002.00285/BIPERIDENO 2 MG - APRESENTAÇÃO COMPRIMIDO - VALIDADE MINIMA 12 MESES - PORTARIA 344/98 C1. CÓDIGO BEC: 107930<br><b>Cristália</b>                           | 0,1400         | 4.200,00    |
| 101     | 3000       | COM     | 100.002.00098/CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 100 MG - FURP - APRESENTAÇÃO COMPRIMIDO - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES - PORTARIA 344/98 C1. CÓDIGO BEC: 108928<br><b>Cristália</b> | 0,1760         | 528,00      |
| 161     | 2000       | COM     | 100.002.00318/CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 25 MG - APRESENTAÇÃO COMPRIMIDO - VALIDADE MINIMA 12 MESES - PORTARIA 344/98 C1. CÓDIGO BEC: 108944<br><b>Cristália</b>         | 0,1880         | 376,00      |
| 102     | 31000      | COM     | 100.002.00099/CLORIDRATO DE LEVOMEPRIMAZINA 25MG. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 785660<br><b>Cristália</b>   | 0,2900         | 8.990,00    |
| 103     | 35000      | COM     | 100.002.00101/CLORIDRATO IMIPRAMINA 25 MG - FURP - APRESENTAÇÃO COMPRIMIDO - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES - PORTARIA 344/98 C1. CÓDIGO BEC: 108707<br><b>Cristália</b>        | 0,2550         | 8.925,00    |

**Pedido de Compra 3742/2018 - 0****Nº Pedido de Compra: 3765/2018****Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT****Modalidade: 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL****Processo Nº: 3478/2018 Empenho: 8781/2018 - 08/06/2018****Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

| <b>Item Nº</b> | <b>Quantidade</b> | <b>Un.Med.</b> | <b>Especificação</b>  | <b>Valor Unitário</b> | <b>Valor Total</b> |
|----------------|-------------------|----------------|---|-----------------------|--------------------|
| 163            | 30000             | COM            | 100.002.00337/DIAZEPAM 10MG, CAIXA COM 500 COMPRIMIDOS. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 103438<br><b>Cristália</b>   | 0,0730                | 2.190,00           |
| 104            | 1100              | TUB            | 100.002.00104/FIBRINOLISINA + DESOXIRRIBONUCLEASE + CLORANFENICOL TUBO COM 30 GR. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 254630<br><b>Cristália</b>                  | 32,9000               | 36.190,00          |
| 105            | 20000             | COM            | 100.002.00108/HALOPERIDOL 5 MG- APRESENTAÇÃO COMPRIMIDO. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. PORTARIA 344/98. CÓDIGO BEC: 110353<br><b>Cristália</b>                          | 0,0650                | 1.300,00           |
| 170            | 40                | FR             | 100.002.00380/MALEATO LEVOMEPROMAZINA 4% SOL. ORAL - APRESENTAÇÃO FRASCO - VALIDADE MINIMA 12 MESES - PORTARIA 344/98 C1. . CÓDIGO BEC: 1143794<br><b>Cristália</b> | 8,4000                | 336,00             |
| 106            | 3600              | COM            | 100.002.00110/NITRAZEPAN 5 MG - APRESENTAÇÃO COMPRIMIDO - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES - PORTARIA 344/98 B1. CÓDIGO BEC: 109029<br><b>Cristália</b>                     | 0,1140                | 410,40             |

|                         |                      |                  |
|-------------------------|----------------------|------------------|
| <b>Pedido 3765/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>63.445,40</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>      |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>      |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>63.445,40</b> |

**( SESSENTA E TRÊS MIL E QUATROCENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS E QUARENTA CENTAVOS )****SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018**

---

**RENATA ALEIXO DE CARVALHO**  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

**RENATA MOYSES CASSIANO**  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO







**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 3767/2018  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 3479/2018  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Anulação de Empenho:** 12263/2018

**Fornecedor** 11111 **PROATIVA HOSPITALAR EURELI ME**  
**Nome Fantasia** **PROATIVA HOSPITALAR**  
Endereço RUA SÃO PAULO, 69 Bairro VILA NOSSA SENHORA  
Cidade ÁGUAS DA PRATA Estado SP  
CEP 13890-000 Nº Telefone (019) 3649-6552  
C.P.F / C.N.P.J. Nº 27.656.480/0001-08 Nº Fax ( )  
Inscr. Estadual Inscr. Municipal  
e-mail joao.alves@proativahospitalar.com.br

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

Endereço AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES  
Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
Validade CONFORME EDITAL  
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto CONFORME EDITAL  
Garantia CONFORME EDITAL  
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.  
Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Responsável **lic-daniela**

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

**Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA  
**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50 **Inscrição Nº** 0  
**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:**( ) ( - )  
**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação  | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|--|----------------|-------------|
| 062     | 78000      | COM     | 100.002.00008/CARVEDILOL 12,5 MG,<br>PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES. CÓDIGO<br>BEC: 1270362<br><b>BIOLAB</b>  | 0,2039         | 15.904,20   |
| 151     | 75000      | COM     | 100.002.00261/CLORIDRATO DE<br>SERTRALINA 50 MG COMPRIMIDO; DADOS DE<br>IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA IMPRESSOS<br>NA EMBALAGEM DO MEDICAMENTO; LOTE E<br>VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM<br>PRIMARIA E SECUNDARIA DO MEDICAMENTO;<br>REGISTRO EM VIGOR NO MINISTERIO DA<br>SAUDE E ANVISA; VALIDADE MINIMA 12<br>MESES. CÓDIGO BEC: 564117<br><b>GEOLAB</b> | 0,1884         | 14.130,00   |

|                         |                      |                  |
|-------------------------|----------------------|------------------|
| <b>Pedido 3767/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>30.034,20</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>      |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>      |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>30.034,20</b> |

( TRINTA MIL E TRINTA E QUATRO REAIS E VINTE CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3767/2018**

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

**Modalidade: 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**

**Processo Nº: 3479/2018**

**Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Anulação de Empenho: 12263/2018**

---

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

---

---

JANAINA ASSUNÇÃO SETTE DA SILVA  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS EM SUBS.

---

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
DIRETORA DPTO DE ADM. EM SUBS.



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3768/2018**

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

**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 3480/2018 **Empenho:** 8783/2018 - 08/06/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Fornecedor</b> 557 | <b>LUMAR COMÉRCIO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA</b> |
| <b>Nome Fantasia</b>  | <b>LUMAR DISTRIBUIDORA</b>                           |
| Endereço              | AV. WILSON BEGO, 745                                 |
| Cidade                | FRANCA   |
| CEP                   | 14406-091  |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº   | 49.228.695/0001-52                                   |
| Inscr. Estadual       | 310.049.440.111                                      |
| e-mail                | pedidos@lumarfranca.com.br,licitacoes3@lumarfranca   |
|                       | Bairro DISTRITO INDUSTRIAL                           |
|                       | Estado SP  |
|                       | Nº Telefone (016) 3721-1102                          |
|                       | Nº Fax (016) 3721-1102                               |
|                       | Inscr. Municipal                                     |

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

Endereço AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES  
 Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
 Validade CONFORME EDITAL  
 Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto CONFORME EDITAL  
 Garantia CONFORME EDITAL  
 Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.  
 Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Responsável **lic-daniela**

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

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

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

**Inscrição Nº** 0

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

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

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

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação   | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|---|----------------|-------------|
| 063     | 82000      | COM     | 100.002.00009/CARVEDILOL 3,125 MG.<br>VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. CÓDIGO<br>BEC: 1158678<br>BALDACCI | 0,0850         | 6.970,00    |

|                         |                      |                 |
|-------------------------|----------------------|-----------------|
| <b>Pedido 3768/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>6.970,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>6.970,00</b> |

( SEIS MIL E NOVECENTOS E SETENTA REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3769/2018**

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

**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 3481/2018 **Empenho:** 8784/2018 - 08/06/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                        |                                     |
|------------------------|-------------------------------------|
| <b>Fornecedor</b> 1384 | <b>MED CENTER COMERCIAL LTDA</b>    |
| <b>Nome Fantasia</b>   | <b>MED CENTER</b>                   |
| Endereço               | RODOVIA JK, BR 459 - KM 99          |
| Cidade                 | POUSO ALEGRE                        |
| CEP                    | 37550-000                           |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº    | 00.874.929/0001-40                  |
| Inscr. Estadual        |                                     |
| e-mail                 | licitacao@medcentercomercial.com.br |
|                        | Bairro RIBEIRÃO DAS MORTES          |
|                        | Estado MG                           |
|                        | Nº Telefone (035) 3449 1950         |
|                        | Nº Fax ( )                          |
|                        | Inscr. Municipal                    |

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

Endereço AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES  
 Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
 Validade CONFORME EDITAL  
 Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto CONFORME EDITAL  
 Garantia CONFORME EDITAL  
 Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.  
 Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Responsável **lic-daniela**

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

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

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

**Inscrição Nº** 0

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

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

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

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação   | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|---|----------------|-------------|
| 143     | 1450       | AMP     | 100.002.00235/ACETATO DE BETAMETASONA, FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA AMPOLA COM 1 ML. EMBALAGEM HOSPITALAR, VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 183768<br><b>UNIÃO QUIMICA</b>  | 4,4500         | 6.452,50    |
| 150     | 7500       | COM     | 100.002.00259/MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 40 MG. CÓDIGO BEC: 121762<br><b>SYDUS</b>  | 0,1550         | 1.162,50    |
| 176     | 18000      | COM     | 100.002.00428/SULFATO FERROSO 300 MG. CORRESPONDENDO A 60MG DE FERRO ELEMENTAR EMBALAGEM COM 50 OU 500 DRGS. COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA, REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE E VALIDADE MÍNIMA 12 MESES; CÓDIGO BEC: 287873<br><b>OSORIO MORAES</b> | 0,0338         | 608,40      |

|                         |                      |                 |
|-------------------------|----------------------|-----------------|
| <b>Pedido 3769/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>8.223,40</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>8.223,40</b> |

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

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3769/2018**

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

**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 3481/2018 **Empenho:** 8784/2018 - 08/06/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

---

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

---

---

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

---

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 3770/2018  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 3482/2018 **Empenho:** 8785/2018 - 08/06/2018  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                        |  |                             |
|------------------------|--|-----------------------------|
| <b>Fornecedor</b> 2505 | <b>DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO DE EXPORTAÇÃO E IMPORTAÇÃO LTDA</b> |                             |
| <b>Nome Fantasia</b>   | <b>DUPATRI HOSPITALAR</b>  |                             |
| Endereço               | SÃO PAULO Nº 31  | Bairro VILA BELMIRO         |
| Cidade                 | SANTOS   | Estado SP                   |
| CEP                    | 11075-330  | Nº Telefone (013) 3228-8700 |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº    | 04.027.894/0001-64   | Nº Fax (013) 99289-5928     |
| Inscr. Estadual        |  | Inscr. Municipal            |
| e-mail                 | licitacao7@dupatri.com.br  |                             |

|                         |  |                          |                                |
|-------------------------|--|--------------------------|--------------------------------|
| <b>Local de Entrega</b> | DEPARTAMENTO DE SAÚDE                                  | <b>Ficha Nº</b> 828      | <b>Dest. Recurso</b> 013100000 |
| Endereço                | AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES |                          |                                |
| Unidade Orçamentaria    | 11505  | ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA |                                |
| Validade                | CONFORME EDITAL  |                          |                                |
| Prazo Entrega           | ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO                              | Prazo de Pagto           | CONFORME EDITAL                |
| Garantia                | CONFORME EDITAL  |                          |                                |
| Objeto                  | AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.                             |                          |                                |
| Aplicação               | DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE                        |                          |                                |

Responsável **lic-daniela**

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

**Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA  
**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50 **Inscrição Nº** 0  
**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** ( ) ( - )  
**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação   | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|---|----------------|-------------|
| 138     | 60000      | COM     | 100.002.00226/CINARIZINA 75 MG.<br>VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC:<br>108529<br><b>Ranbaxy</b>  | 0,0960         | 5.760,00    |
| 100     | 50000      | COM     | 100.002.00097/CLONAZEPAM 2 MG - FURP -<br>APRESENTAÇÃO COMPRIMIDO - VALIDADE<br>MÍNIMA 12 MESES - PORTARIA 344/98 B1.<br>CÓDIGO BEC: 107832<br><b>Ranbaxy</b>   | 0,0384         | 1.920,00    |
| 068     | 9500       | COM     | 100.002.00017/CLORIDRATO DE<br>METILFENIDATO 10MG, COMP. VALIDADE<br>MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 844241<br><b>Novartis</b>   | 0,9500         | 9.025,00    |
| 123     | 5000       | COM     | 100.002.00177/CLORIDRATO DE<br>NORTRIPTILINA 25 MG; DADOS DE<br>IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA IMPRESSOS<br>NA EMBALAGEM DO MEDICAMENTO; LOTE E<br>VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM<br>PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DO MEDICAMENTO;<br>REGISTRO EM VIGOR NO MINISTÉRIO DA<br>SAÚDE E ANVISA; VALIDADE MÍNIMA 12<br>MESES. CÓDIGO BEC: 455032<br><b>Ranbaxy</b> | 0,2600         | 1.300,00    |

**Pedido de Compra 3742/2018 - 0****Nº Pedido de Compra: 3770/2018****Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT****Modalidade: 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL****Processo Nº: 3482/2018 Empenho: 8785/2018 - 08/06/2018****Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

| <b>Item Nº</b> | <b>Quantidade</b> | <b>Un.Med.</b> | <b>Especificação</b>  | <b>Valor Unitário</b> | <b>Valor Total</b> |
|----------------|-------------------|----------------|---|-----------------------|--------------------|
| 152            | 7500              | COM            | 100.002.00262/DISSULFIRAM 250MG.<br>CÓDIGO BEC: 2453568<br><b>Sanofi</b>  | 0,3190                | 2.392,50           |
| 118            | 11500             | COM            | 100.002.00160/GLICAZIDA 30MG<br>COMPRIMIDOS DE LIBERAÇÃO LENTA.<br>VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC:<br>1430564<br><b>Ranbaxy</b> | 0,1100                | 1.265,00           |
| 066            | 69990             | COM            | 100.002.00015/LEVODOPA 200 MG +<br>BENSERAZIDA 50 MG COMPRIMIDO. CÓDIGO<br>BEC: 4048040<br><b>Aché</b>                                | 0,7100                | 49.692,90          |
| 128            | 52000             | COM            | 100.002.00195/LEVOTIROXINA 100MG.<br>CÓDIGO BEC: 111589<br><b>Aché</b>  | 0,0516                | 2.683,20           |
| 135            | 122000            | COM            | 100.002.00216/LEVOTIROXINA SÓDICA 25<br>MCG COMPRIMIDO. CÓDIGO BEC: 200999<br><b>Aché</b>   | 0,0510                | 6.222,00           |
| 136            | 83000             | COM            | 100.002.00217/LEVOTIROXINA SÓDICA 50<br>MCG COMPRIMIDO. CÓDIGO BEC: 200980<br><b>Aché</b>   | 0,0510                | 4.233,00           |

|                         |                      |                  |
|-------------------------|----------------------|------------------|
| <b>Pedido 3770/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>84.493,60</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>      |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>      |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>84.493,60</b> |

**( OITENTA E QUATRO MIL E QUATROCENTOS E NOVENTA E TRÊS REAIS E SESSENTA CENTAVOS )****SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018**

---

**LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI**  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

---

**RENATA MOYSES CASSIANO**  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 3771/2018  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 3483/2018 **Empenho:** 8786/2018 - 08/06/2018  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|              |                            |   |  |
|--------------|----------------------------|---|--|
| MENINO JESUS | <b>Fornecedor</b>          | <b>6206</b>                             | <b>FRAGNARI DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA EPP</b> |
|              | <b>Nome Fantasia</b>       |   | <b>FRAGNARI</b>  |
|              | <b>Endereço</b>            | R MANOEL DEODORO PINHEIRO MACHADO, 1218 | Bairro VILA SANTA THEREZINHA DE                        |
|              | <b>Cidade</b>              | BOTUCATU                                | Estado SP  |
|              | <b>CEP</b>                 | 18600-060                               | Nº Telefone (999) 14 381405                            |
|              | <b>C.P.F / C.N.P.J. Nº</b> | 14.271.474/0001-82                      | Nº Fax ( )   |
|              | <b>Inscr. Estadual</b>     |   | Inscr. Municipal                                       |
|              | <b>e-mail</b>              | licitacoes@fragnari.com.br              |  |

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

**Endereço** AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES  
**Unidade Orçamentaria** 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
**Validade** CONFORME EDITAL  
**Prazo Entrega** ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO **Prazo de Pagto** CONFORME EDITAL  
**Garantia** CONFORME EDITAL  
**Objeto** AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.  
**Aplicação** DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Responsável** lic-daniela

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

**Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA  
**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50 **Inscrição Nº** 0  
**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** ( ) ( - )  
**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação  | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|--|----------------|-------------|
| 140     | 350        | FR      | 100.002.00230/DOMPERIDONA 1 MG/ML<br>SUSPENSÃO ORAL, 100 ML. CÓDIGO BEC:<br>1185616<br><b>MEDLEY</b>   | 8,3500         | 2.922,50    |
| 195     | 200        | UN      | 100.002.00580/ENOXAPARINA SÓDICA -<br>SOLUÇÃO INJETÁVEL 40 MG/0,4 ML -<br>ADMINISTRAÇÃO SUB-CUTÂNEA - SERINGA PRÉ-<br>ENCHIDA.<br><b>EUROFARMA</b> | 26,0000        | 5.200,00    |
| 090     | 6500       | COM     | 100.002.00081/ESPIRONOLACTONA 100 MG<br>COMPRIMIDOS. VALIDADE MÍNIMA DE 12<br>MESES. CÓDIGO BEC: 105732<br><b>E.M.S</b>                            | 0,3300         | 2.145,00    |
| 194     | 1000       | COM     | 100.002.00571/ESTRADIOL 1 MG -<br>COMPRIMIDO<br><b>BIOLAB</b>  | 0,9000         | 900,00      |
| 098     | 550        | FR      | 100.002.00093/LACTULOSE 667MG/ML.<br>FRASCO COM 120ML. VALIDADE MÍNIMA DE<br>12 MESES. CÓDIGO BEC: 165077<br><b>NUTRIEX</b>                        | 4,8500         | 2.667,50    |
| 097     | 250000     | COM     | 100.002.00091/OMEPRAZOL 20MG.<br>VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO<br>BEC: 119415<br><b>HIPOLABOR</b>  | 0,0600         | 15.000,00   |



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0****Nº Pedido de Compra: 3771/2018****Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 3483/2018 **Empenho:** 8786/2018 - 08/06/2018**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

| <b>Item Nº</b> | <b>Quantidade</b> | <b>Un.Med.</b> | <b>Especificação</b>  | <b>Valor Unitário</b> | <b>Valor Total</b> |
|----------------|-------------------|----------------|---|-----------------------|--------------------|
| 070            | 120               | FR             | 100.002.00020/OXCARBAZEPINA SUSPENSÃO A 6%. FRASCO COM 100ML. INCLUI 1 SERINGA DOSADORA. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 1102311<br><b>UNIAO QUIMICA</b> | 23,4000               | 2.808,00           |
| 193            | 150               | BGA            | 100.002.00549/POMADA PARA PREVENÇÃO DE ASSADURAS 45G. CÓDIGO BEC: 650862<br><b>CIMED</b>  | 2,5800                | 387,00             |

|                         |                      |                  |
|-------------------------|----------------------|------------------|
| <b>Pedido 3771/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>32.030,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>      |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>      |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>32.030,00</b> |

**( TRINTA E DOIS MIL E TRINTA REAIS )****SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018**

---

**LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI**  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

---

**RENATA MOYSES CASSIANO**  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 3772/2018  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT  
**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 3484/2018 **Empenho:** 8787/2018 - 08/06/2018  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                      |   |   |
|----------------------|---|---|
| <b>Fornecedor</b>    | <b>432</b>                                    | <b>T.R.M COMERCIAL DE MEDICAMENTOS LTDA</b> |
| <b>Nome Fantasia</b> |   | <b>TRM</b>                                  |
| Endereço             | RUA DAVID DE CARVALHO, 344/350                | Bairro VILA VALENTIM                        |
| Cidade               | SÃO JOÃO DA BOA VISTA                         | Estado SP                                   |
| CEP                  | 13873-020                                     | Nº Telefone (019) 3633-2602                 |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº  | 71.912.315/0001-53                            | Nº Fax (019) 3623-1076                      |
| Inscr. Estadual      | 639.053.945.110                               | Inscr. Municipal                            |
| e-mail               | administrativo@trmcom.com.br; gerencia@trmcom |   |

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

Endereço AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES  
Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
Validade CONFORME EDITAL  
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto CONFORME EDITAL  
Garantia CONFORME EDITAL  
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.  
Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE  
Nº Contrato 113 / 2018

Responsável **lic-daniela**

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

**Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA  
**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50 **Inscrição Nº** 0  
**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** ( ) ( - )  
Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação   | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|---|----------------|-------------|
| 153     | 50         | FR      | 100.002.00264/FOSFATO DE SÓDIO MONOBÁSICO 160 MG/ML + FOSFATO DE SÓDIO DIBÁSICO 60 MG/ML, FRASCO COM 130 ML. CÓDIGO BEC: 486280<br><b>NATULAB</b> | 4,1300         | 206,50      |
| 092     | 2500       | FR      | 100.002.00084/IBUPROFENO GOTAS 50 MG/ML, 30 ML. CÓDIGO BEC: 2022605<br><b>NATULAB</b>   | 1,0600         | 2.650,00    |
| 172     | 500        | FR      | 100.002.00382/MEBENDAZOL 100MG/5ML SUSPENSÃO ORAL. CÓDIGO BEC: 486833<br><b>NATULAB</b>   | 1,0300         | 515,00      |
| 148     | 1000       | FR      | 100.002.00254/POLIVITAMÍNICO GOTAS SOLUÇÃO ORAL; CÓDIGO BEC: 3790223<br><b>NATURELIFE</b>   | 5,6800         | 5.680,00    |

|                         |                      |                 |
|-------------------------|----------------------|-----------------|
| <b>Pedido 3772/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>9.051,50</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>9.051,50</b> |

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

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3772/2018**

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

**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 3484/2018    **Empenho:** 8787/2018 - 08/06/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

---

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

---

---

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

---

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3773/2018**

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

**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 3485/2018 **Empenho:** 8788/2018 - 08/06/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Fornecedor</b> 4251 | <b>CIAMED - DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA</b> |
| <b>Nome Fantasia</b>   | <b>CIAMED - DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA</b> |
| Endereço               | RUA SEVERINO AUGUSTO PRETTO, Nº 560                |
| Cidade                 | ENCANTADO  |
| CEP                    | 95.960-00  |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº    | 05.782.733/0001-49                                 |
| Inscr. Estadual        |  |
| e-mail                 | ciamed@ciameddistribuidora.com.br,regis_gon@yahoo. |
|                        | Bairro SANTO ANTÃO                                 |
|                        | Estado RS  |
|                        | Nº Telefone (51) 3751-6974                         |
|                        | Nº Fax (51) 3751-6974                              |
|                        | Inscr. Municipal                                   |

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

Endereço AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES  
 Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
 Validade CONFORME EDITAL  
 Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto CONFORME EDITAL  
 Garantia CONFORME EDITAL  
 Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.  
 Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Responsável **lic-daniela**

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

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

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

**Inscrição Nº** 0

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

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

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

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação  | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|--|----------------|-------------|
| 114     | 1200       | COM     | 100.002.00146/LEVODOPA 100 MG + BENSERAZIDA 25 MG COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO LENTA. CÓDIGO BEC: 4048032 ROCHE | 1,3350         | 1.602,00    |
| 115     | 2500       | COM     | 100.002.00147/LEVODOPA 100 MG + BENSERAZIDA 25 MG COMPRIMIDO DISPERSÍVEL. CÓDIGO BEC: 4048059 ROCHE        | 1,3350         | 3.337,50    |
| 191     | 210        | COM     | 100.002.00547/BROMAZEPAM 3 MG COMPRIMIDO; CÓDIGO BEC: 191515 ROCHE   | 0,7100         | 149,10      |

|                         |                      |                 |
|-------------------------|----------------------|-----------------|
| <b>Pedido 3773/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>5.088,60</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>5.088,60</b> |

**( CINCO MIL E OITENTA E OITO REAIS E SESSENTA CENTAVOS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018**

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3774/2018**

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

**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 3486/2018 **Empenho:** 8789/2018 - 08/06/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                      |  |   |
|----------------------|--|---|
| <b>Fornecedor</b>    | <b>615</b>                               | <b>AGLON COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA</b> |
| <b>Nome Fantasia</b> |  | <b>AGLON COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA</b> |
| 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** DEPARTAMENTO DE SAÚDE Ficha Nº 828 Dest. Recurso 013100000

Endereço AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES  
 Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
 Validade CONFORME EDITAL  
 Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto CONFORME EDITAL  
 Garantia CONFORME EDITAL  
 Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.  
 Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Responsável **lic-daniela**

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

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

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

**Inscrição Nº** 0

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

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

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

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação  | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|--|----------------|-------------|
| 071     | 260000     | COM     | 100.002.00021/PROPATILNITRATO 10MG.<br>VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. CÓDIGO<br>BEC: 111619<br>SUSTRATE/FARMOQUIMICA   | 0,2100         | 54.600,00   |
| 073     | 25000      | COM     | 100.002.00024/VARFARINA SÓDICA 5MG.<br>VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC:<br>111180<br>MAREVAN/FARMOQUIMICA       | 0,1000         | 2.500,00    |
| 184     | 476        | COM     | 100.002.00467/RIVAROXABANA 20MG<br>COMPRIMIDO. VALIDADE MINIMA 12 MESES;<br>CÓDIGO BEC: 3814556<br>XARELTO/BAYER     | 5,6400         | 2.684,64    |
| 178     | 4          | AMP     | 100.002.00433/UNDECILATO DE<br>TESTOSTERONA 250 MG/ML SOLUÇÃO<br>INJETÁVEL 4 ML; CÓDIGO BEC: 2255561<br>NEBIDO/BAYER | 344,2300       | 1.376,92    |

|                  |               |                  |
|------------------|---------------|------------------|
| Pedido 3774/2018 | <b>Total</b>  | <b>61.161,56</b> |
|                  | Descontos (-) | 0,00             |
|                  | Impostos (+)  | 0,00             |
|                  | <b>Valor</b>  | <b>61.161,56</b> |

( SESSENTA E UM MIL E CENTO E SESSENTA E UM REAIS E CINQUENTA E SEIS CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3774/2018**

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

**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 3486/2018 **Empenho:** 8789/2018 - 08/06/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

---

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

---

---

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

---

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 3742/2018 - 0****Nº Pedido de Compra: 3775/2018****Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 3487/2018 **Empenho:** 8772/2018 - 08/06/2018**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Fornecedor 423 INTERLAB FARMACÊUTICA LTDA**  
**Nome Fantasia**

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

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

Endereço AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES  
Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
Validade CONFORME EDITAL  
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto CONFORME EDITAL  
Garantia CONFORME EDITAL  
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.  
Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação  | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|--|----------------|-------------|
| 198     | 6          | SER     | 100.002.00602/SECUQUINUMABE 150MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL, VIA SUBCUTÂNEA, SERINGA PREENCHIDA<br>Novartis | 2.602,5400     | 15.615,24   |

|                         |                      |                  |
|-------------------------|----------------------|------------------|
| <b>Pedido 3775/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>15.615,24</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>      |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>      |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>15.615,24</b> |

**( QUINZE MIL E SEISCENTOS E QUINZE REAIS E VINTE E QUATRO CENTAVOS )****SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018**\_\_\_\_\_  
RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS\_\_\_\_\_  
RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3776/2018**

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

**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 3488/2018 **Empenho:** 8790/2018 - 08/06/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                      |  |  |
|----------------------|--|--|
| <b>Fornecedor</b>    | <b>557</b>   | <b>LUMAR COMÉRCIO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA</b> |
| <b>Nome Fantasia</b> |  | <b>LUMAR DISTRIBUIDORA</b>                           |
| 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** DEPARTAMENTO DE SAÚDE **Ficha Nº** 713 **Dest. Recurso** 013100000

Endereço AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES  
 Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA  
 Validade CONFORME EDITAL  
 Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto CONFORME EDITAL  
 Garantia CONFORME EDITAL  
 Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.  
 Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Responsável **lic-daniela**

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

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

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

**Inscrição Nº** 0

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

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

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

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação   | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|---|----------------|-------------|
| 038     | 20         | AMP     | 022.004.00272/ADENOSINA 6MG AMPOLAS<br>IV. AMPOLA COM 2 ML. VALIDADE MINIMA<br>12 MESES. CÓDIGO BEC: 341444<br><b>HIPOLABOR</b>             | 8,6000         | 172,00      |
| 017     | 150        | AMP     | 022.004.00114/AMINOFILINA 240 MG 10ML<br>INJETÁVEL. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES.<br>CÓDIGO BEC: 106186<br><b>FARMACE</b>                       | 0,7200         | 108,00      |
| 018     | 300        | AMP     | 022.004.00116/CLORIDRATO DE<br>METOCLOPRAMIDA 10 MG. AMPOLA COM 2 ML.<br>VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC:<br>110930<br><b>ISOFARMA</b> | 0,2700         | 81,00       |

|                         |                      |               |
|-------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Pedido 3776/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>361,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>361,00</b> |

( TREZENTOS E SESENTA E UM REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018





**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3776/2018**

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

**Modalidade: 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**

**Processo Nº: 3488/2018    Empenho: 8790/2018 - 08/06/2018**

**Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

---

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

---

---

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

---

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 3777/2018  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 3489/2018 **Empenho:** 8791/2018 - 08/06/2018  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Fornecedor 10335 INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA**  
**Nome Fantasia**  
Endereço R RUBENS DERKS, 105 - LOT. RUBENS DERKS Bairro INDUSTRIAL  
Cidade ERECHIM Estado RS  
CEP 99701-760 Nº Telefone (054) 3522 4273  
C.P.F / C.N.P.J. Nº 12.889.035/0001-02 Nº Fax ( )  
Inscr. Estadual Inscr. Municipal  
e-mail vendas05@inovamed-rs.com.br

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

Endereço AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES  
Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA  
Validade CONFORME EDITAL  
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto CONFORME EDITAL  
Garantia CONFORME EDITAL  
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.  
Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Responsável **lic-daniela**

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

**Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA  
**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50 **Inscrição Nº** 0  
**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** ( ) ( - )  
**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação   | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|---|----------------|-------------|
| 016     | 200        | AMP     | 022.004.00112/ADRENALINA 1/1000<br>AMPOLA COM 1 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 105937<br><b>BLAU</b>   | 1,7200         | 344,00      |
| 026     | 400        | AMP     | 022.004.00134/BROMETO DE N-BUTILESCOPOLAMINA 20 MG/1ML. VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 776661<br><b>FARMACE</b>  | 0,7900         | 316,00      |
| 011     | 1000       | AMP     | 022.004.00076/BROMETO DE N-BUTILESCOPOLAMINA 20MG/5ML + DAPIRONA SÓDICA 2,5G/ML, AMPOLA COM 5ML EMBALAGEM. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 165131<br><b>HIPOLABOR</b> | 1,0600         | 1.060,00    |
| 028     | 600        | AMP     | 022.004.00203/COMPLEXO B INJETÁVEL; AMPOLA 2ML. VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 4084055<br><b>SANTISA</b>   | 0,6780         | 406,80      |
| 012     | 300        | AMP     | 022.004.00079/DIAZEPAM 10 MG. AMPOLA COM 2 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 103420<br><b>SANTISA</b>   | 0,4900         | 147,00      |

**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**Nº Pedido de Compra: **3777/2018**

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade: 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3489/2018 Empenho: 8791/2018 - 08/06/2018

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

| <b>Item Nº</b> | <b>Quantidade</b> | <b>Un.Med.</b> | <b>Especificação</b>  | <b>Valor Unitário</b> | <b>Valor Total</b> |
|----------------|-------------------|----------------|---|-----------------------|--------------------|
| 019            | 1500              | AMP            | 022.004.00119/DIPIRONA SÓDICA 500MG/<br>ML AMPOLA COM 2ML. VALIDADE MÍNIMA DE<br>12 MESES. CÓDIGO BEC: 105805<br><b>SANTISA</b> | 0,2980                | 447,00             |
| 021            | 800               | AMP            | 022.004.00121/FUROSEMIDA 20 MG AMPOLA<br>COM 2 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES.<br>CÓDIGO BEC: 110612<br><b>SANTISA</b>            | 0,3300                | 264,00             |
| 013            | 300               | AMP            | 022.004.00083/GENTAMICINA 80 MG.<br>AMPOLA COM 2 ML. VALIDADE MÍNIMA 12<br>MESES. CÓDIGO BEC: 110558<br><b>SANTISA</b>          | 0,6682                | 200,46             |
| 004            | 400               | TUB            | 022.004.00043/SULFADIAZINA DE PRATA<br>1% , 50G. CÓDIGO BEC: 111414<br><b>PRATI</b>   | 3,7900                | 1.516,00           |

|                  |               |          |
|------------------|---------------|----------|
| Pedido 3777/2018 | Total         | 4.701,26 |
|                  | Descontos (-) | 0,00     |
|                  | Impostos (+)  | 0,00     |
|                  | Valor         | 4.701,26 |

( QUATRO MIL E SETECENTOS E UM REAIS E VINTE E SEIS CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

---

**RENATA ALEIXO DE CARVALHO**  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

**RENATA MOYSES CASSIANO**  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

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

(Página: 52 / 88)

Sistema CECAM  
Data: 15/08/2018 08:55  
Sistema CECAM**Pedido de Compra 3742/2018 - 0****Nº Pedido de Compra: 3778/2018****Global/Estimativo****Categoria Econômica:** 4.4.90.51.99 - OBRAS E INSTALAÇÕES**Modalidade:** 3/2018 - TP-O TOMADA DE PREÇOS / OBRAS**Processo Nº:** 3499/2018 **Empenho:** 8768/2018 - 08/06/2018**Vínculo:** ORDINÁRIO**Fornecedor 11115 CONSTRUTORA J.G LTDA**  
**Nome Fantasia CONSTRUTORA J.J.G LTDA**

Endereço R. DOUTOR TOZZI, 105, SALA 003

Cidade LINDOIA

CEP 13950-000

C.P.F / C.N.P.J. Nº 26.239.451/0001-70

Inscr. Estadual 418.012.389.116

e-mail licitacao@bes.eng.br / juridico@bes.eng.br

Bairro JARDIM REDENTOR

Estado SP

Nº Telefone (019) 3898-8500

Nº Fax ( )

Inscr. Municipal

**Local de Entrega** CONFORME CONTRATO

Ficha Nº 1051 Dest. Recurso 021000114

Endereço CONFORME CONTRATO

Unidade Orçamentaria 10301 GABINETE DO DIRETOR - PLANEJAMENTO

Validade CONFORME CONTRATO

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 107/18

Objeto CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA EXECUÇÃO DE OBRAS DE REABILITAÇÃO DE "TRECHOS CRÍTICOS" DA ESTRADA DA PONTE NOVA.

Aplicação DGP

Nº Requisição 3382/2018

Nº Contrato 107 / 2018

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

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação                                  | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|--|----------------|-------------|
| 001     | 1          | SERV    | 103.001.00016/OBRAS E SERVIÇOS DE ENGENHARIA - | 309.432,6800   | 309.432,68  |

|                         |                      |                   |
|-------------------------|----------------------|-------------------|
| <b>Pedido 3778/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>309.432,68</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>       |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>       |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>309.432,68</b> |

**( TREZENTOS E NOVE MIL E QUATROCENTOS E TRINTA E DOIS REAIS E SESENTA E OITO CENTAVOS )****SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018**LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOSRENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3779/2018**

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

**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 3490/2018 **Empenho:** 8792/2018 - 08/06/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Fornecedor</b> 3749 | <b>SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA</b> |
| <b>Nome Fantasia</b>   | <b>SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA</b> |
| Endereço               | AV. SENADOR FLAQUER, Nº 869               |
| Cidade                 | SÃO BERNARDO DO CAMP                      |
| CEP                    | 09725-443                                 |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº    | 05.847.630/0001-10                        |
| Inscr. Estadual        |   |
| e-mail                 | licitacao.sp@somahospitalar.com.br        |
|                        | Bairro VILA EUCLIDES                      |
|                        | Estado SP                                 |
|                        | Nº Telefone (011) 4122-9800               |
|                        | Nº Fax (011) 4122-9808                    |
|                        | Inscr. Municipal                          |

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

Endereço AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES  
 Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA  
 Validade CONFORME EDITAL  
 Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto CONFORME EDITAL  
 Garantia CONFORME EDITAL  
 Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.  
 Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Responsável **lic-daniela**

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

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

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

**Inscrição Nº** 0

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

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

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

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação  | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|--|----------------|-------------|
| 039     | 2400       | AMP     | 022.004.00273/ÁGUA PARA INJEÇÃO<br>AMPOLA 10 ML. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 105848<br><b>FARMACE</b> | 0,1100         | 264,00      |
| 024     | 700        | AMP     | 022.004.00131/GLICOSE 25% AMPOLA COM 10 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 110507<br><b>FARMACE</b>         | 0,1900         | 133,00      |
| 037     | 500        | AMP     | 022.004.00248/GLICOSE 50% AMPOLA COM 10 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 110477<br><b>FARMACE</b>         | 0,2200         | 110,00      |

|                         |                      |               |
|-------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Pedido 3779/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>507,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>507,00</b> |

( QUINHENTOS E SETE REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3779/2018**

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

**Modalidade: 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**

**Processo Nº: 3490/2018    Empenho: 8792/2018 - 08/06/2018**

**Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

---

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

---

---

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3780/2018**

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

**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 3491/2018 **Empenho:** 8793/2018 - 08/06/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

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

Endereço AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES  
 Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA  
 Validade CONFORME EDITAL  
 Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto CONFORME EDITAL  
 Garantia CONFORME EDITAL  
 Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.  
 Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Nº Contrato 112 / 2018

Responsável **lic-daniela**

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

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

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

**Inscrição Nº** 0

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

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

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

| <b>Item Nº</b> | <b>Quantidade</b> | <b>Un.Med.</b> | <b>Especificação</b>  | <b>Valor Unitário</b> | <b>Valor Total</b> |
|----------------|-------------------|----------------|---|-----------------------|--------------------|
| 057            | 800               | UN             | 022.004.00569/ÁGUA PARA INJEÇÃO<br>AMPOLA 5ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES<br><b>SAMTEC</b>                                   | 0,1300                | 104,00             |
| 025            | 50                | AMP            | 022.004.00133/AMIODARONA INJETÁVEL.<br>AMPOLA COM 3 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 462837<br><b>HIPOLABOR</b>      | 1,9300                | 96,50              |
| 041            | 50                | AMP            | 022.004.00284/BICARBONATO DE SÓDIO 8,<br>4% AMP. 10 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 107891<br><b>FARMACE</b>        | 0,9000                | 45,00              |
| 046            | 20                | AMP            | 022.004.00312/CLORETO DE POTÁSSIO 19,<br>1% AMPOLA 10ML COM VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 475858<br><b>FARMACE</b> | 0,2144                | 4,29               |
| 054            | 20                | AMP            | 022.004.00439/CLORETO DE SÓDIO 20%<br>INJETÁVEL AMPOLA. VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 480509<br><b>FARMACE</b>        | 0,2075                | 4,15               |
| 045            | 60                | AMP            | 022.004.00311/CLORETO DE SÓDIO À 10%<br>AMPOLA COM 10 ML. EMBALAGEM INDIVIDUAL. VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 2431203 | 0,1900                | 11,40              |



Pedido de Compra 3742/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 3780/2018

Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO

Modalidade: 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 3491/2018 Empenho: 8793/2018 - 08/06/2018

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação   | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|---|----------------|-------------|
| 008     | 20         | AMP     | 022.004.00048/CLORIDRATO DE DOPAMINA 5 MG/ML.AMPOLA COM 10 ML VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 108030<br><b>TEUTO</b>        | 1,2100         | 24,20       |
| 034     | 20         | AMP     | 022.004.00241/CLORIDRATO DE ETILEFRINA 10MG/1ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 110388<br><b>UNIAO QUIMICA</b>          | 1,1300         | 22,60       |
| 048     | 30         | AMP     | 022.004.00332/DESLANOSIDO 0,2 MG/ML AMP. COM 2 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 108570<br><b>UNIAO QUIMICA</b>           | 1,5800         | 47,40       |
| 044     | 10         | AMP     | 022.004.00309/METILERGOMETRINA 0,2 MG/ML SOLUÇÃO INJETAVEL. CÓDIGO BEC: 111899<br><b>UNIAO QUIMICA</b>                            | 1,5400         | 15,40       |
| 030     | 25         | AMP     | 022.004.00220/MIDAZOLAM 15 MG /3 ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL - 3 ML - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 103209<br><b>HIPOLABOR</b> | 0,9680         | 24,20       |
| 027     | 6          | FR      | 022.004.00178/RIFAMICINA SV SODICA 10MG/ML SPRAY FRASCO COM 20 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 158259<br><b>NATULAB</b> | 2,7000         | 16,20       |
| 040     | 100        | AMP     | 022.004.00280/SULFATO DE ATROPINA 0,25 MG AMP. 1 ML. VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 107700<br><b>ISOFARMA</b>              | 0,2800         | 28,00       |

|                  |               |        |
|------------------|---------------|--------|
| Pedido 3780/2018 | Total         | 443,34 |
|                  | Descontos (-) | 0,00   |
|                  | Impostos (+)  | 0,00   |
|                  | Valor         | 443,34 |

( QUATROCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E TRINTA E QUATRO CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

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





**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 3781/2018  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 3492/2018 **Empenho:** 8794/2018 - 08/06/2018  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                            |                                |  |
|----------------------------|--------------------------------|--|
| <b>Fornecedor</b>          | <b>11110</b>                   | <b>CENTERMEDI COMÉRCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA</b> |
| <b>Nome Fantasia</b>       |                                | <b>CENTERMEDI</b>  |
| <b>Endereço</b>            | BR 480, 795                    | Bairro ZONA RURAL  |
| <b>Cidade</b>              | BARÃO DE COTOPIPE              | Estado RS  |
| <b>CEP</b>                 | 99740-000                      | Nº Telefone (054) 3523-2700                              |
| <b>C.P.F / C.N.P.J. Nº</b> | 03.652.030/0001-70             | Nº Fax ( )   |
| <b>Inscr. Estadual</b>     |                                | Inscr. Municipal   |
| <b>e-mail</b>              | medicamentos@centermedi.com.br |  |

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

**Endereço** AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES  
**Unidade Orçamentaria** 11502 ATENÇÃO BÁSICA  
**Validade** CONFORME EDITAL  
**Prazo Entrega** ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO **Prazo de Pagto** CONFORME EDITAL  
**Garantia** CONFORME EDITAL  
**Objeto** AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.  
**Aplicação** DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Responsável** lic-daniela

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

**Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA  
**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50 **Inscrição Nº** 0  
**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** ( ) ( - )  
**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação   | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|---|----------------|-------------|
| 042     | 90         | FR      | 022.004.00286/BROMETO DE IPRATRÓPIO SOLUÇÃO INALANTE 0,25 MG/ML - FRS - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 110167<br><b>PRATI D</b>        | 0,7800         | 70,20       |
| 043     | 300        | FR      | 022.004.00301/CEFTRIAXONA 1G, INJETÁVEL, VIA DE ADMINISTRAÇÃO INTRAMUSCULAR. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES; CÓDIGO BEC: 410390<br><b>EUROFARMA</b> | 11,5800        | 3.474,00    |

|                         |                      |                 |
|-------------------------|----------------------|-----------------|
| <b>Pedido 3781/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>3.544,20</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>3.544,20</b> |

**( TRÊS MIL E QUINHENTOS E QUARENTA E QUATRO REAIS E VINTE CENTAVOS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018**

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3782/2018**

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

**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 3493/2018 **Empenho:** 8795/2018 - 08/06/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                            |   |   |
|----------------------------|---|---|
| <b>Fornecedor</b>          | <b>5104</b>   | <b>COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA</b> |
| <b>Nome Fantasia</b>       |   | <b>COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA</b> |
| <b>Endereço</b>            | PC EMILIO MARCONATO                                 | Bairro JAGUARIUNA PARK INDUSTRIAL           |
| <b>Cidade</b>              | JAGUARIÚNA  | Estado SP                                   |
| <b>CEP</b>                 | 13820-000   | Nº Telefone (019) 3522-5804                 |
| <b>C.P.F / C.N.P.J. Nº</b> | 67.729.178/0004-91                                  | Nº Fax (019) 3522-5800                      |
| <b>Inscr. Estadual</b>     |   | Inscr. Municipal 395.060.142.110            |
| <b>e-mail</b>              | vendas@rioclarense.com.br, <adriana.perinotto@riocl |   |

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

**Endereço** AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES  
**Unidade Orçamentaria** 11502 ATENÇÃO BÁSICA  
**Validade** CONFORME EDITAL  
**Prazo Entrega** ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO **Prazo de Pagto** CONFORME EDITAL  
**Garantia** CONFORME EDITAL  
**Objeto** AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.  
**Aplicação** DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Responsável** **lic-daniela**

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

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

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

**Inscrição Nº** 0

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

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

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

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação   | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|---|----------------|-------------|
| 053     | 912        | AMP     | 022.004.00438/CETOPROFENO IM 100MG/<br>2ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO<br>BEC: 463191<br><b>CRISTALIA</b>                           | 1,1000         | 1.003,20    |
| 035     | 2400       | AMP     | 022.004.00244/DEXAMETASONA 4MG<br>AMPOLA COM 2,5ML. VALIDADE MÍNIMA DE<br>12 MESES. CÓDIGO BEC: 480487<br><b>TEUTO</b>                    | 0,4590         | 1.101,60    |
| 031     | 2500       | AMP     | 022.004.00228/DICLOFENACO SÓDICO 75<br>MG/3ML. AMPOLA COM 3 ML. VALIDADE<br>MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 103390<br><b>FARMACE</b>      | 0,4490         | 1.122,50    |
| 032     | 600        | FRA     | 022.004.00231/HIDROCORTISONA 500 MG.<br>FRS-AMPOLA COM DILUENTE 2 ML. VALIDADE<br>MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 110221<br><b>TEUTO</b>     | 4,5000         | 2.700,00    |
| 014     | 300        | FRA     | 022.004.00087/LIDOCAÍNA 2% SEM<br>VASOCONSTRITOR FRASCO COM 20 ML.<br>VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC:<br>501115<br><b>HIPOLABOR</b> | 1,9200         | 576,00      |

|                         |                      |                 |
|-------------------------|----------------------|-----------------|
| <b>Pedido 3782/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>6.503,30</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>     |



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3782/2018**

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

**Modalidade: 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**

**Processo Nº: 3493/2018    Empenho: 8795/2018 - 08/06/2018**

**Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

| <u>Item Nº</u> | <u>Quantidade</u> | <u>Un.Med.</u> | <u>Especificação</u> | <u>Valor Unitário</u> | <u>Valor Total</u> |
|----------------|-------------------|----------------|----------------------|-----------------------|--------------------|
|                |                   |                |                      | <b>Valor</b>          | <b>6.503,30</b>    |

( SEIS MIL E QUINHENTOS E TRÊS REAIS E TRINTA CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

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

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



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3783/2018**

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

**Modalidade:** 58/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 3500/2018 **Empenho:** 8773/2018 - 08/06/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Ata de Registro de Preço Nº:** 56/2017

**Fornecedor 2815 CIRÚRGICA UNIÃO LTDA**  
**Nome Fantasia CIRURGICA UNIAO**

|                     |  |                  |                 |
|---------------------|--|------------------|-----------------|
| Endereço            | AVENIDA 28-A, nº 645                               | Bairro           | VILA ALEMÃ      |
| Cidade              | RIO CLARO  | Estado           | SP              |
| CEP                 | 13506-685  | Nº Telefone      | (019) 3533-7000 |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº | 04.063.331/0001-21                                 | Nº Fax           | (019) 3533-7000 |
| Inscr. Estadual     | 587.122.394.114                                    | Inscr. Municipal | 24327           |
| e-mail              | vendas@cirurgicauniao.com.br,sergio@cirurgicauniao |                  |                 |

**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 FRALDAS GERIÁTRICAS  
 Aplicação DEPTO. DE SAÚDE - FARMÁCIA DE AÇÃO JUDICIAL  
 Nº Requisição 4297/2018

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     | 720        | UN      | 100.001.00063/FRALDA DESCARTAVEL GERIATRICA; FORMATO ANATOMICO, USO DIURNO E NOTURNO; TAMANHO G (GRANDE); NAO TOXICO; COMPOSICAO INTERNA DE POLPA DE CELULOSE, POLIETILENO, POLIPROPILENO; COBERTURA EXTERNA IMPERMEAVEL,TOQUE SUAVE; CAMADA INTERNA ANTIALERGICA; PESO DO USUARIO ACIMA DE 70 KG; MEDIDA DA CINTURA DE 100 A 150 CM; A BASE DE BORRACHA NATURAL; POLIMERO SUPER ABSORVENTE; ELASTICO NAS PERNAS; TIPO DE ELASTICO DE POLIMERO SINTETICO DE LYCRA; COM 2 FIOS; FITAS ADESIVAS REGULAVEIS PARA FIXACAO; COM 2 FITAS; BARREIRAS LATERAIS ANTIVAZAMENTO; INDICADOR DE UMIDADE; EXTRATO DE ALOE VERA; EMBALADO EM FILME DE POLIETILENO; VALIDADE MINIMA DE VALIDADE 2 ANOS A CONTAR DA DATA DE ENTREGA; E SUAS CONDICOOES DEVERAO ESTAR DE ACORDO COM A PORTARIA Nº1480/90 DO MINISTERIO DA SAUDE; ATENDENDO A RESOLUCAO GMC Nº 36/2004 DO INMETRO REFERENTE A ROTULAGEM<br><b>MAXFRAL</b> | 0,8500         | 612,00      |

|                         |                      |               |
|-------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Pedido 3783/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>612,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>612,00</b> |



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3783/2018**

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

**Modalidade:** 58/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO

**Processo Nº:** 3500/2018 **Empenho:** 8773/2018 - 08/06/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Ata de Registro de Preço Nº:** 56/2017

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

( SEISCENTOS E DOZE REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

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

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

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

(Página: 62 / 88)

Sistema CECAM

Data: 15/08/2018 08:55

Sistema CECAM

**Pedido de Compra 3742/2018 - 0****Nº Pedido de Compra: 3784/2018****Categoria Econômica:** 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 3501/2018 **Empenho:** 8802/2018 - 08/06/2018**Vínculo:** ORDINÁRIO

|                      |                        |                                       |
|----------------------|------------------------|---------------------------------------|
| <b>Fornecedor</b>    | <b>10944</b>           | <b>WAVE CONNECT INTERNET LTD - ME</b> |
| <b>Nome Fantasia</b> |                        | <b>WAVE INTERNET</b>                  |
| Endereço             | AVENIDA BRASILIA, 1045 | Bairro VILA ZANETTI                   |
| Cidade               | SÃO JOÃO DA BOA VISTA  | Estado SP                             |
| CEP                  | 13870-590              | Nº Telefone (019) 3631-3620           |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº  | 06.747.542/0001-09     | Nº Fax ( )                            |
| Inscr. Estadual      |                        | Inscr. Municipal                      |

|                         |                      |                     |                                |
|-------------------------|----------------------|---------------------|--------------------------------|
| <b>Local de Entrega</b> | ALMOXARIFADO CENTRAL | <b>Ficha Nº</b> 902 | <b>Dest. Recurso</b> 011100000 |
|-------------------------|----------------------|---------------------|--------------------------------|

|                      |  |                                  |                             |
|----------------------|--|----------------------------------|-----------------------------|
| Endereço             | AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122                                   |                                  |                             |
| Unidade Orçamentaria | 11801  | GABINETE DO DIRETOR - TECNOLOGIA |                             |
| Validade             | SESSENTA DIAS  |                                  |                             |
| Prazo Entrega        | ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO  | Prazo de Pagto                   | VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL |
| Garantia             | .  |                                  |                             |
| Objeto               | EMPENHO ESTIMATIVO PARA COBRIR DESPESAS COM HOSPEDAGEM DE SITE DURANTE O EXERCÍCIO DE 2018 |                                  |                             |
| Aplicação            | Hospedagem de home page  |                                  |                             |
| Nº Requisição        | 4227/2018  |                                  |                             |

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     | 7          | SERV    | 017.001.00340/HOSPEDAGEM DO SITE - Banco de talentos e saojoa2050 - | 70,0000        | 490,00      |

|                         |                      |               |
|-------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Pedido 3784/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>490,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>490,00</b> |

( QUATROCENTOS E NOVENTA REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

---

 RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

 RENATA MOYSES CASSIANO  
 DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 3742/2018 - 0****Nº Pedido de Compra: 3785/2018****Categoria Econômica:** 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 3567/2018 **Empenho:** 9252/2018 - 14/06/2018**Vínculo:** ORDINÁRIO

---

|                        |                                |                  |                  |
|------------------------|--------------------------------|------------------|------------------|
| <b>Fornecedor</b> 3414 | <b>U. G. DE OLIVEIRA - ME</b>  |                  |                  |
| <b>Nome Fantasia</b>   | <b>DG3 COMUNICAÇÃO</b>         |                  |                  |
| Endereço               | RUA 14 DE JULHO, 719 - SALA 02 | Bairro           | CENTRO           |
| Cidade                 | SÃO JOÃO DA BOA VISTA          | Estado           | SP               |
| CEP                    | 13870-274                      | Nº Telefone      | (999) 3633-3293  |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº    | 07.601.493/0001-64             | Nº Fax           | (019) 98808-5572 |
| Inscr. Estadual        |                                | Inscr. Municipal |                  |
| e-mail                 | ulisses@dg3.com.br             |                  |                  |

---

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº** 902 **Dest. Recurso** 011100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
Unidade Orçamentaria 11801 GABINETE DO DIRETOR - TECNOLOGIA  
Validade SESENTA DIAS  
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL  
Garantia .  
Objeto EMPENHO ESTIMATIVO PARA COBRIR DESPESAS COM MANUTENÇÃO DE HOME PAGE DURANTE O EXERCÍCIO DE 2018  
Aplicação Manutenção das informações da home page banco de talentos  
Nº Requisição 4229/2018

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:**

| <b>Item Nº</b> | <b>Quantidade</b> | <b>Un.Med.</b> | <b>Especificação</b>  | <b>Valor Unitário</b> | <b>Valor Total</b> |
|----------------|-------------------|----------------|---|-----------------------|--------------------|
| 001            | 7                 | MES            | 017.001.01560/SERVIÇO DE MANUTENÇÃO EM DADOS DA HOME PAGE - | 200,0000              | 1.400,00           |

|                         |                      |                 |
|-------------------------|----------------------|-----------------|
| <b>Pedido 3785/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>1.400,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>1.400,00</b> |

( UM MIL E QUATROCENTOS REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

---

**RENATA ALEIXO DE CARVALHO**  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

**RENATA MOYSES CASSIANO**  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 3742/2018 - 0****Nº Pedido de Compra: 3786/2018****Categoria Econômica:** 3.3.90.39.17 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 3502/2018 **Empenho:** 9220/2018 - 13/06/2018**Vínculo:** EDUCAÇÃO

---

|                            |                                |  |
|----------------------------|--------------------------------|--|
| <b>Fornecedor</b>          | <b>3875</b>                    | <b>M J DE O MARTIMBIANCO &amp; CIA LTDA ME</b> |
| <b>Nome Fantasia</b>       |                                | <b>INTERDATA STORE</b>                         |
| <b>Endereço</b>            | RUA ANTONINA JUNQUEIRA, 216    | Bairro CENTRO                                  |
| <b>Cidade</b>              | SÃO JOÃO DA BOA VISTA          | Estado SP                                      |
| <b>CEP</b>                 | 13870-200                      | Nº Telefone (999) 3633-1545                    |
| <b>C.P.F / C.N.P.J. Nº</b> | 08.211.353/0001-42             | Nº Fax (999) 3623-5959                         |
| <b>Inscr. Estadual</b>     |                                | Inscr. Municipal                               |
| <b>e-mail</b>              | financeiro@interdatanet.com.br |  |

---

|                         |                      |                     |                                |
|-------------------------|----------------------|---------------------|--------------------------------|
| <b>Local de Entrega</b> | ALMOXARIFADO CENTRAL | <b>Ficha Nº</b> 539 | <b>Dest. Recurso</b> 052000004 |
|-------------------------|----------------------|---------------------|--------------------------------|

|                             |  |                             |                             |
|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Endereço</b>             | AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122 |                             |                             |
| <b>Unidade Orçamentaria</b> | 11402  | SETOR DE ENSINO FUNDAMENTAL |                             |
| <b>Validade</b>             | SESSENTA DIAS  |                             |                             |
| <b>Prazo Entrega</b>        | ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO                                | <b>Prazo de Pagto</b>       | VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL |
| <b>Garantia</b>             | .  |                             |                             |
| <b>Objeto</b>               | SERVIÇO DE MANUTENÇÃO EM IMPRESSORA DE ESCOLA            |                             |                             |
| <b>Aplicação</b>            | EDUCAÇÃO - MIGUEL JORGE                                  |                             |                             |
| <b>Nº Requisição</b>        | 4223/2018  |                             |                             |

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:**

| <b>Item Nº</b> | <b>Quantidade</b> | <b>Un.Med.</b> | <b>Especificação</b>                     | <b>Valor Unitário</b> | <b>Valor Total</b> |
|----------------|-------------------|----------------|--|-----------------------|--------------------|
| 001            | 1                 | SERV           | 017.001.00722/MANUTENÇÃO DE IMPRESSORA - | 183,0000              | 183,00             |

|                         |                      |               |
|-------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Pedido 3786/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>183,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>183,00</b> |

( CENTO E OITENTA E TRÊS REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

---

**RENATA ALEIXO DE CARVALHO**  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

**RENATA MOYSES CASSIANO**  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO





**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3787/2018**

**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.25 - MATERIAL DE CONSUMO

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

**Processo Nº:** 3503/2018 **Empenho:** 9221/2018 - 13/06/2018

**Vínculo:** EDUCAÇÃO

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

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº** 530 **Dest. Recurso** 052000004

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
 Unidade Orçamentaria 11402 SETOR DE ENSINO FUNDAMENTAL  
 Validade SESENTA DIAS  
 Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL  
 Garantia .  
 Objeto AQUISIÇÃO DE MATERIAL PARA MANUTENÇÃO EM COPIADORA DE ESCOLA  
 Aplicação EDUCAÇÃO - ADELIA JORGE  
 Nº Requisição 4221/2018

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      | 023.001.00525/BASE COMPLETA DA UNIDADE REVELADORA PARA COPIADORA MP-2001 - | 480,0000       | 480,00      |
| 002     | 1          | UN      | 015.001.00312/TAMPA DA UNIDADE REVELADORA PARA COPIADORA RICOH MP-1500 -   | 220,0000       | 220,00      |

|                         |                      |               |
|-------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Pedido 3787/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>700,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>700,00</b> |

( SETECENTOS REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 3788/2018  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 3494/2018 **Empenho:** 8796/2018 - 08/06/2018  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                        |                                     |
|------------------------|-------------------------------------|
| <b>Fornecedor</b> 1384 | <b>MED CENTER COMERCIAL LTDA</b>    |
| <b>Nome Fantasia</b>   | <b>MED CENTER</b>                   |
| Endereço               | RODOVIA JK, BR 459 - KM 99          |
| Cidade                 | POUSO ALEGRE                        |
| CEP                    | 37550-000                           |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº    | 00.874.929/0001-40                  |
| Inscr. Estadual        |                                     |
| e-mail                 | licitacao@medcentercomercial.com.br |
|                        | Bairro RIBEIRÃO DAS MORTES          |
|                        | Estado MG                           |
|                        | Nº Telefone (035) 3449 1950         |
|                        | Nº Fax ( )                          |
|                        | Inscr. Municipal                    |

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

Endereço AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES  
Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA  
Validade CONFORME EDITAL  
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto CONFORME EDITAL  
Garantia CONFORME EDITAL  
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.  
Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Responsável **lic-daniela**

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

**Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA  
**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50 **Inscrição Nº** 0  
**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** ( ) ( - )  
**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação  | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|--|----------------|-------------|
| 029     | 600        | AMP     | 022.004.00212/CIMETIDINA 300 MG.<br>AMPOLA COM 2 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 463221<br><b>TEUTO</b>                    | 0,6700         | 402,00      |
| 047     | 50         | AMP     | 022.004.00322/CLORIDRATO DE PETIDINA<br>50MG/ML. FRASCO COM 2ML VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 110086<br><b>UNIÃO QUÍMICA</b> | 1,8000         | 90,00       |
| 051     | 120        | FRA     | 022.004.00377/LIDOCAÍNA 2% COM<br>EPINEFRINA 1:200000. FRS C/ 20ML<br>VALIDADE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 3532780<br><b>HYPOFARMA</b>     | 2,5500         | 306,00      |

|                         |                      |               |
|-------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Pedido 3788/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>798,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>798,00</b> |

( SETECENTOS E NOVENTA E OITO REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3788/2018**

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

**Modalidade: 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**

**Processo Nº: 3494/2018    Empenho: 8796/2018 - 08/06/2018**

**Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

---

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

---

---

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 3789/2018  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 3495/2018 **Empenho:** 8797/2018 - 08/06/2018  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Fornecedor 836 CRISTÁLIA PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA**  
**Nome Fantasia** LABORATÓRIO CRISTÁLIA  
Endereço RODOVIA ITAPIRA - LINDÓIA, KM 14 Bairro FAZ ESTANCIA CRISTAL  
Cidade ITAPIRA Estado SP  
CEP 13974-900 Nº Telefone (019) 3863 9500  
C.P.F / C.N.P.J. Nº 44.734.671/0001-51 Nº Fax (019) 3863-9589  
Inscr. Estadual 374.007.758.117 Inscr. Municipal  
e-mail concorrencia15@crystalia.com.br, <concorrencia7@cri

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

Endereço AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES  
Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA  
Validade CONFORME EDITAL  
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto CONFORME EDITAL  
Garantia CONFORME EDITAL  
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.  
Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Responsável **lic-daniela**

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

**Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA  
**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50 **Inscrição Nº** 0  
**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** ( ) ( - )  
**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação  | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|--|----------------|-------------|
| 033     | 10         | BGA     | 022.004.00236/ACETATO DE RETINOL 1 MILHÃO UI% + AMINOÁCIDOS 2,5% + METIONINA 0,5% + CLORANFENICOL 0,5%. POMADA OFTÁLMICA. BISNAGA COM 3,5G. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 175676<br><b>Latino Farma</b> | 9,2900         | 92,90       |
| 015     | 5          | FR      | 022.004.00100/CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA SPRAY 10% ANESTESIA TÓPICA FRAS. C/ 50 ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 501140<br><b>Cristália</b>   | 41,5000        | 207,50      |
| 055     | 500        | AMP     | 022.004.00463/CLORIDRATO DE PROMETAZINA 50 MG. AMPOLA COM 2 ML. VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 119350<br><b>Cristália</b>   | 1,5900         | 795,00      |
| 049     | 100        | AMP     | 022.004.00353/FENOBARBITAL 100MG/ML. AMPOLA DE 2 ML. EMBALAGEM CX. COM 50 AMPOLAS, VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 109983<br><b>Cristália</b>  | 1,6000         | 160,00      |
| 020     | 60         | AMP     | 022.004.00120/FITOMENADIONA 10 MG. ADMINISTRAÇÃO INTRA MUSCULAR. AMPOLA COM 1 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 106321<br><b>Cristália</b>   | 1,0600         | 63,60       |



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3789/2018**

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

**Modalidade: 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**

**Processo Nº: 3495/2018    Empenho: 8797/2018 - 08/06/2018**

**Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

---

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

---

|  |  |  |                         |                      |                 |
|--|--|--|-------------------------|----------------------|-----------------|
|  |  |  | <b>Pedido 3789/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>1.319,00</b> |
|  |  |  |                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>     |
|  |  |  |                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>     |
|  |  |  |                         | <b>Valor</b>         | <b>1.319,00</b> |

( UM MIL E TREZENTOS E DEZENOVE REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

---

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 3790/2018  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 3496/2018 **Empenho:** 8798/2018 - 08/06/2018  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                            |                             |                                   |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| <b>Fornecedor</b>          | <b>10837</b>                | <b>ALTERMED MAT MED HOSP LTDA</b> |
| <b>Nome Fantasia</b>       |                             | <b>ALTERMED</b>                   |
| <b>Endereço</b>            | ESTRADA BOA ESPERANÇA, 2320 | Bairro FUNDOS CANOAS              |
| <b>Cidade</b>              | RIO DO SUL                  | Estado SC                         |
| <b>CEP</b>                 | 89163-554                   | Nº Telefone (047) 3520-9000       |
| <b>C.P.F / C.N.P.J. Nº</b> | 00.802.002/0001-02          | Nº Fax (047) 3520-9004            |
| <b>Inscr. Estadual</b>     |                             | Inscr. Municipal                  |
| <b>e-mail</b>              | ALTERMED@ALTERMED.COM.BR    |                                   |

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

**Endereço** AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES  
**Unidade Orçamentaria** 11502 ATENÇÃO BÁSICA  
**Validade** CONFORME EDITAL  
**Prazo Entrega** ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO **Prazo de Pagto** CONFORME EDITAL  
**Garantia** CONFORME EDITAL  
**Objeto** AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.  
**Aplicação** DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Responsável** lic-daniela

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

**Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA  
**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50 **Inscrição Nº** 0  
**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** ( ) ( - )  
**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação  | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|--|----------------|-------------|
| 050     | 80         | FR      | 022.004.00355/BROMETO DE FENOTEROL 5MG/ML. SOLUÇÃO ORAL GOTAS. FRASCO COM 20 ML. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 110663<br><b>Prati Donaduzzi</b>   | 2,5500         | 204,00      |
| 001     | 12         | FR      | 022.004.00013/CLORIDRATO DE TETRACAÍNA 1% + CLORIDRATO DE FENILEFRINA 0,1 % ÁCIDO BÓRICO. SOLUÇÃO OFTÁLMICA ESTÉRIL. FRASCO COM CONTA GOTAS DE 10 ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 155268<br><b>Allergan</b> | 9,4000         | 112,80      |
| 036     | 550        | AMP     | 022.004.00247/FRUTOSE, VITAMINA C, COMPLEXO B, AMPOLA COM 10 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 3178714<br><b>Cristalia</b>   | 4,6500         | 2.557,50    |

|                         |                      |                 |
|-------------------------|----------------------|-----------------|
| <b>Pedido 3790/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>2.874,30</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>2.874,30</b> |

( DOIS MIL E OITOCENTOS E SETENTA E QUATRO REAIS E TRINTA CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3790/2018**

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

**Modalidade: 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**

**Processo Nº: 3496/2018    Empenho: 8798/2018 - 08/06/2018**

**Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

---

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

---

---

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

---

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 3791/2018  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 3497/2018 **Empenho:** 8799/2018 - 08/06/2018  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                        |                                      |                    |                                      |
|------------------------|--------------------------------------|--------------------|--------------------------------------|
| APARECIDA              | <b>Fornecedor</b>                    | <b>11111</b>       | <b>PROATIVA HOSPITALAR EURELI ME</b> |
|                        | <b>Nome Fantasia</b>                 |                    | <b>PROATIVA HOSPITALAR</b>           |
|                        | <b>Endereço</b>                      | RUA SÃO PAULO, 69  | Bairro VILA NOSSA SENHORA            |
|                        | <b>Cidade</b>                        | ÁGUAS DA PRATA     | Estado SP                            |
|                        | <b>CEP</b>                           | 13890-000          | Nº Telefone (019) 3649-6552          |
|                        | <b>C.P.F / C.N.P.J. Nº</b>           | 27.656.480/0001-08 | Nº Fax ( )                           |
| <b>Inscr. Estadual</b> |                                      | Inscr. Municipal   |                                      |
| <b>e-mail</b>          | joao.alves@proativahospitalar.com.br |                    |                                      |

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

**Endereço** AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES  
**Unidade Orçamentaria** 11502 ATENÇÃO BÁSICA  
**Validade** CONFORME EDITAL  
**Prazo Entrega** ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO **Prazo de Pagto** CONFORME EDITAL  
**Garantia** CONFORME EDITAL  
**Objeto** AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.  
**Aplicação** DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Responsável** lic-daniela

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

**Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA  
**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50 **Inscrição Nº** 0  
**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** ( ) ( - )  
**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação   | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|---|----------------|-------------|
| 009     | 3600       | UN      | 022.004.00052/SORO FISIOLÓGICO 0,9%<br>AMPOLAS COM 10 ML .EMBALAGEM<br>INDIVIDUAL COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E<br>PROCEDÊNCIA. VALIDADE MINIMA 12 MESES.<br>CÓDIGO BEC: 269549<br>FARMACE | 0,1727         | 621,72      |

|                         |                      |               |
|-------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Pedido 3791/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>621,72</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>621,72</b> |

( SEISCENTOS E VINTE E UM REAIS E SETENTA E DOIS CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO





**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 3792/2018  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 3498/2018 **Empenho:** 8800/2018 - 08/06/2018  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                      |   |   |
|----------------------|---|---|
| <b>Fornecedor</b>    | <b>432</b>                                    | <b>T.R.M COMERCIAL DE MEDICAMENTOS LTDA</b> |
| <b>Nome Fantasia</b> |   | <b>TRM</b>                                  |
| Endereço             | RUA DAVID DE CARVALHO, 344/350                | Bairro VILA VALENTIM                        |
| Cidade               | SÃO JOÃO DA BOA VISTA                         | Estado SP                                   |
| CEP                  | 13873-020                                     | Nº Telefone (019) 3633-2602                 |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº  | 71.912.315/0001-53                            | Nº Fax (019) 3623-1076                      |
| Inscr. Estadual      | 639.053.945.110                               | Inscr. Municipal                            |
| e-mail               | administrativo@trmcom.com.br; gerencia@trmcom |   |

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

Endereço AV. DR. OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - VILA STA EDWIRGES  
Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA  
Validade CONFORME EDITAL  
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO **Prazo de Pagto** CONFORME EDITAL  
Garantia CONFORME EDITAL  
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.  
Aplicação DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE  
Nº Contrato 113 / 2018

Responsável **lic-daniela**

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

**Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA  
**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50 **Inscrição Nº** 0  
**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** ( ) ( - )  
**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

| <b>Item Nº</b> | <b>Quantidade</b> | <b>Un.Med.</b> | <b>Especificação</b>   | <b>Valor Unitário</b> | <b>Valor Total</b> |
|----------------|-------------------|----------------|--|-----------------------|--------------------|
| 002            | 160               | FR             | 022.004.00040/SORO GLICO-FISIOLOGICO<br>FRASCO COM 500 ML. EMBALAGEM<br>INDIVIDUAL COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E<br>PROCEDÊNCIA. EMBALAGEM BOLSA EM SISTEMA<br>FECHADO. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES.<br>CÓDIGO BEC: 191418<br>JP     | 2,4800                | 396,80             |
| 003            | 20                | FR             | 022.004.00042/SORO RINGER COM LACTATO<br>DE SÓDIO COM 500 ML EMBALAGEM<br>INDIVIDUAL COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E<br>PROCEDÊNCIA. EMBALAGEM FRASCO EM<br>SISTEMA FECHADO. VALIDADE MÍNIMA 12<br>MESES. CÓDIGO BEC: 3532763<br>JP | 2,3900                | 47,80              |

|                         |                      |               |
|-------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Pedido 3792/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>444,60</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>444,60</b> |

**( QUATROCENTOS E QUARENTA E QUATRO REAIS E SESSENTA CENTAVOS )**

**SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018**



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3792/2018**

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

**Modalidade:** 30/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

**Processo Nº:** 3498/2018    **Empenho:** 8800/2018 - 08/06/2018

**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

---

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

---

---

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

---

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 3742/2018 - 0****Nº Pedido de Compra: 3793/2018****Categoria Econômica:** 3.3.90.30.25 - MATERIAL DE CONSUMO**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 3504/2018 **Empenho:** 9222/2018 - 13/06/2018**Vínculo:** EDUCAÇÃO

---

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

---

|                         |                      |                     |                                |
|-------------------------|----------------------|---------------------|--------------------------------|
| <b>Local de Entrega</b> | ALMOXARIFADO CENTRAL | <b>Ficha Nº</b> 530 | <b>Dest. Recurso</b> 052000004 |
|-------------------------|----------------------|---------------------|--------------------------------|

|                             |  |                             |                             |
|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Endereço</b>             | AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122     |                             |                             |
| <b>Unidade Orçamentaria</b> | 11402  | SETOR DE ENSINO FUNDAMENTAL |                             |
| <b>Validade</b>             | SESSENTA DIAS  |                             |                             |
| <b>Prazo Entrega</b>        | ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO                                    | <b>Prazo de Pagto</b>       | VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL |
| <b>Garantia</b>             | .  |                             |                             |
| <b>Objeto</b>               | AQUISIÇÃO DE MATERIAL PARA MANUTENÇÃO EM COPIADORA DE ESCOLA |                             |                             |
| <b>Aplicação</b>            | EDUCAÇÃO - SCANNAPIECO                                       |                             |                             |
| <b>Nº Requisição</b>        | 4220/2018  |                             |                             |

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:

| <b>Item Nº</b> | <b>Quantidade</b> | <b>Un.Med.</b> | <b>Especificação</b>   | <b>Valor Unitário</b> | <b>Valor Total</b> |
|----------------|-------------------|----------------|--|-----------------------|--------------------|
| 001            | 1                 | UN             | 023.001.00489/CONJUNTO SUPERIOR DA FUSÃO; PARA COPIADORA MP 2001 - - | 480,0000              | 480,00             |

|                         |                      |               |
|-------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Pedido 3793/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>480,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>480,00</b> |

( QUATROCENTOS E OITENTA REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

---

**RENATA ALEIXO DE CARVALHO**  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

**RENATA MOYSES CASSIANO**  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

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

(Página: 76 / 88)

Sistema CECAM  
Data: 15/08/2018 08:55  
Sistema CECAM**Pedido de Compra 3742/2018 - 0****Nº Pedido de Compra: 3794/2018****Categoria Econômica:** 3.3.90.39.19 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 3505/2018 **Empenho:** 9193/2018 - 12/06/2018**Vínculo:** ORDINÁRIO

|                      |                                       |  |                    |
|----------------------|---------------------------------------|--|--------------------|
| <b>Fornecedor</b>    | <b>6625</b>                           | <b>SILVIO CESAR BIAZOTO - ME</b>       |                    |
| <b>Nome Fantasia</b> |                                       | <b>BORRACHARIA SILVINHO TAPIQUINHO</b> |                    |
| Endereço             | R HENRIQUE C. DE VASCONCELOS, Nº 2420 | Bairro                                 | JARDIM SAO NICOLAU |
| Cidade               | SÃO JOÃO DA BOA VISTA                 | Estado                                 | SP                 |
| CEP                  | 13870-000                             | Nº Telefone                            | (019) 3633-5504    |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº  | 09.330.719/0001-65                    | Nº Fax                                 | (019) 99737-6991   |
| Inscr. Estadual      |                                       | Inscr. Municipal                       |                    |
| e-mail               | borrachariasilvinho@hotmail.com       |  |                    |

|                         |                      |                 |     |                      |           |
|-------------------------|----------------------|-----------------|-----|----------------------|-----------|
| <b>Local de Entrega</b> | ALMOXARIFADO CENTRAL | <b>Ficha Nº</b> | 232 | <b>Dest. Recurso</b> | 011100000 |
|-------------------------|----------------------|-----------------|-----|----------------------|-----------|

|                      |  |                                      |                             |
|----------------------|--|--------------------------------------|-----------------------------|
| Endereço             | AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122   |                                      |                             |
| Unidade Orçamentaria | 10902  | SERVIÇO DE COLETA DE LIXO E VARRIÇÃO |                             |
| Validade             | SESSENTA DIAS  |                                      |                             |
| Prazo Entrega        | ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO                                  | Prazo de Pagto                       | VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL |
| Garantia             | .  |                                      |                             |
| Objeto               | SERVIÇO DE MANUTENÇÃO EM VEÍCULO KOMBI BPY-7511            |                                      |                             |
| Aplicação            | DEPARTAMENTO DE MEIO AMBIENTE, AGRICULTURA E ABASTECIMENTO |                                      |                             |
| Nº Requisição        | 4239/2018  |                                      |                             |

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     | 2          | SERV    | 017.007.00355/SERVIÇO DE<br>BALANCEAMENTO DE PNEU - P.VENDAS Nº<br>2018/03117 - | 15,0000        | 30,00       |

|                         |                      |              |
|-------------------------|----------------------|--------------|
| <b>Pedido 3794/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>30,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>  |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>  |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>30,00</b> |

( TRINTA REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

---

 RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

 RENATA MOYSES CASSIANO  
 DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

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

(Página: 77 / 88)

Sistema CECAM  
Data: 15/08/2018 08:55  
Sistema CECAM**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 3795/2018  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.99 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS  
**Processo Nº:** 3506/2018 **Empenho:** 9136/2018 - 11/06/2018  
**Vínculo:** ORDINÁRIO

|                      |  |  |
|----------------------|--|--|
| <b>Fornecedor</b>    | <b>631</b>                             | <b>EMPRESA FUNERÁRIA SÃO JOÃO LTDA</b> |
| <b>Nome Fantasia</b> |  | <b>FLORICULTURA DO COBRINHA</b>        |
| Endereço             | RUA CORONEL ERNESTO DE OLIVEIRA Nº 468 | Bairro VILA CONRADOF                   |
| Cidade               | SÃO JOÃO DA BOA VIST                   | Estado SP                              |
| CEP                  | 13870-820                              | Nº Telefone (019) 633-1530             |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº  | 46.720.470/0001-20                     | Nº Fax (019) 633-1530                  |
| Inscr. Estadual      |  | Inscr. Municipal                       |
| e-mail               | falecom@funerariacobrinha.com.br       |  |

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº** 10 **Dest. Recurso** 011100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
 Unidade Orçamentaria 10101 GABINETE DO PREFEITO - SECRETARIA GERAL  
 Validade SESENTA DIAS  
 Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO **Prazo de Pagto** VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL  
 Garantia .  
 Objeto AQUISIÇÃO DE COROA DE FLOR  
 Aplicação Gabinete -  
 Nº Requisição 4203/2018

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      | 016.003.00173/COROA DE FLORES - | 270,0000       | 270,00      |

|                         |                      |               |
|-------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Pedido 3795/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>270,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>270,00</b> |

( DUZENTOS E SETENTA REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO  
 DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 3742/2018 - 0****Nº Pedido de Compra: 3796/2018****Categoria Econômica:** 3.3.90.30.99 - MATERIAL DE CONSUMO**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 3507/2018 **Empenho:** 9137/2018 - 11/06/2018**Vínculo:** ORDINÁRIO

|                      |  |  |
|----------------------|--|--|
| <b>Fornecedor</b>    | <b>631</b>                             | <b>EMPRESA FUNERÁRIA SÃO JOÃO LTDA</b> |
| <b>Nome Fantasia</b> |  | <b>FLORICULTURA DO COBRINHA</b>        |
| Endereço             | RUA CORONEL ERNESTO DE OLIVEIRA Nº 468 | Bairro VILA CONRADOF                   |
| Cidade               | SÃO JOÃO DA BOA VIST                   | Estado SP                              |
| CEP                  | 13870-820                              | Nº Telefone (019) 633-1530             |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº  | 46.720.470/0001-20                     | Nº Fax (019) 633-1530                  |
| Inscr. Estadual      |  | Inscr. Municipal                       |
| e-mail               | falecom@funerariacobrinha.com.br       |  |

|                         |                      |                    |                                |
|-------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------------|
| <b>Local de Entrega</b> | ALMOXARIFADO CENTRAL | <b>Ficha Nº</b> 10 | <b>Dest. Recurso</b> 011100000 |
|-------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------------|

|                      |  |   |                             |
|----------------------|--|---|-----------------------------|
| Endereço             | AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122 |   |                             |
| Unidade Orçamentaria | 10101  | GABINETE DO PREFEITO - SECRETARIA GERAL |                             |
| Validade             | SESSENTA DIAS  |   |                             |
| Prazo Entrega        | ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO                                | Prazo de Pagto                          | VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL |
| Garantia             | .  |   |                             |
| Objeto               | AQUISIÇÃO DE COROA DE FLORES                             |   |                             |
| Aplicação            | Gabinete   |   |                             |
| Nº Requisição        | 4245/2018  |   |                             |

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      | 016.003.00173/COROA DE FLORES - | 270,0000       | 270,00      |

|                         |                      |               |
|-------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Pedido 3796/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>270,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>   |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>270,00</b> |

( DUZENTOS E SETENTA REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

---

 RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

 RENATA MOYSES CASSIANO  
 DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

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

(Página: 79 / 88)

**Sistema CECAM**

Data: 15/08/2018 08:55

**Sistema CECAM****Pedido de Compra 3742/2018 - 0****Nº Pedido de Compra: 3797/2018****Categoria Econômica:** 3.3.90.30.99 - MATERIAL DE CONSUMO**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 3508/2018 **Empenho:** 9194/2018 - 12/06/2018**Vínculo:** ORDINÁRIO

|                      |                        |   |
|----------------------|------------------------|---|
| <b>Fornecedor</b>    | <b>11132</b>           | <b>LUITEX MÁQUINAS E FERRAMENTAS LTDA</b> |
| <b>Nome Fantasia</b> |                        | <b>LUITEX</b>                             |
| Endereço             | RUA ULISSES LEME, 1602 | Bairro PARQUE GUAINCO                     |
| Cidade               | MOGI GUAÇU             | Estado SP                                 |
| CEP                  | 13844-282              | Nº Telefone (019) 3811-9090               |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº  | 51.051.811/0004-03     | Nº Fax (019) 3811-9098                    |
| Inscr. Estadual      |                        | Inscr. Municipal                          |

|                         |                             |                     |                                |
|-------------------------|-----------------------------|---------------------|--------------------------------|
| <b>Local de Entrega</b> | <b>ALMOXARIFADO CENTRAL</b> | <b>Ficha Nº 244</b> | <b>Dest. Recurso 011100000</b> |
|-------------------------|-----------------------------|---------------------|--------------------------------|

|                      |  |                              |                             |
|----------------------|--|------------------------------|-----------------------------|
| Endereço             | AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122   |                              |                             |
| Unidade Orçamentaria | 10903  | SERVIÇO DE PARQUES E JARDINS |                             |
| Validade             | SESSENTA DIAS  |                              |                             |
| Prazo Entrega        | ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO                                  | Prazo de Pagto               | VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL |
| Garantia             | .  |                              |                             |
| Objeto               | AQUISIÇÃO DE MATERIAL PARA UTILIZAÇÃO EM PARQUES E JARDINS |                              |                             |
| Aplicação            | DEPARTAMENTO DE MEIO AMBIENTE, AGRICULTURA E ABASTECIMENTO |                              |                             |
| Nº Requisição        | 4143/2018  |                              |                             |

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      | 004.001.00965/ESCADA SINGELA EM FIBRA DE VIDRO 14 DEGRAUS 470X40CM - ESCADA PROFISSIONAL CONFECCIONADA DE ACORDO COM AS NORMAS BRASILEIRAS DE SEGURANÇA - | 522,0000       | 3.132,00    |

|                         |                      |                 |
|-------------------------|----------------------|-----------------|
| <b>Pedido 3797/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>3.132,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>3.132,00</b> |

( TRÊS MIL E CENTO E TRINTA E DOIS REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

---

 RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

 RENATA MOYSES CASSIANO  
 DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 3742/2018 - 0****Nº Pedido de Compra: 3798/2018****Categoria Econômica:** 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 3509/2018 **Empenho:** 9188/2018 - 12/06/2018**Vínculo:** ORDINÁRIO

---

|                            |                             |  |
|----------------------------|-----------------------------|--|
| <b>Fornecedor</b>          | <b>681</b>                  | <b>AUDITEL TELECOMUNICACAO LTDA.ME</b> |
| <b>Nome Fantasia</b>       |                             | <b>AUDITEL</b>                         |
| <b>Endereço</b>            | RUA GENERAL OSÓRIO, Nº 874  | Bairro SÃO LAZARO                      |
| <b>Cidade</b>              | SÃO JOÃO DA BOA VIST        | Estado SP                              |
| <b>CEP</b>                 | 13870-431                   | Nº Telefone 3623 3333                  |
| <b>C.P.F / C.N.P.J. Nº</b> | 61.774.691/0001-75          | Nº Fax 3623 3333                       |
| <b>Inscr. Estadual</b>     |                             | Inscr. Municipal                       |
| <b>e-mail</b>              | auditeltelecom@terra.com.br |  |

---

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº** 884 **Dest. Recurso** 011100000

**Endereço** AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
**Unidade Orçamentaria** 11701 GABINETE DO DIRETOR - DESENVOLVIMENTO  
**Validade** SESENTA DIAS  
**Prazo Entrega** ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO **Prazo de Pagto** VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL  
**Garantia** .  
**Objeto** SERVIÇO DE INSTALAÇÃO DE PABX  
**Aplicação** ASSESSORIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO  
**Nº Requisição** 4083/2018

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:**

| <b>Item Nº</b> | <b>Quantidade</b> | <b>Un.Med.</b> | <b>Especificação</b>  | <b>Valor Unitário</b> | <b>Valor Total</b> |
|----------------|-------------------|----------------|---|-----------------------|--------------------|
| 001            | 1                 | SERV           | 017.001.00969/SERVIÇO DE FORNECIMENTO E INSTALAÇÃO DE CENTRAL PABX. - | 1.700,0000            | 1.700,00           |

|                         |                      |                 |
|-------------------------|----------------------|-----------------|
| <b>Pedido 3798/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>1.700,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>1.700,00</b> |

( UM MIL E SETECENTOS REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

---

**RENATA ALEIXO DE CARVALHO**  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

---

**RENATA MOYSES CASSIANO**  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO





**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra: 3799/2018**

**Categoria Econômica:** 3.3.90.39.43 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.

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

**Processo Nº:** 3510/2018 **Empenho:** 8804/2018 - 08/06/2018

**Vínculo:** ORDINÁRIO

|                      |                              |  |
|----------------------|------------------------------|--|
| <b>Fornecedor</b>    | <b>1456</b>                  | <b>ELEKTRO - ELETRICIDADE E SERVIÇOS S/A</b> |
| <b>Nome Fantasia</b> |                              | <b>ELEKTRO</b>                               |
| Endereço             | RUA PRUDENCIANA AZEVEDO, 130 | Bairro CENTRO                                |
| Cidade               | SÃO JOÃO DA BOA VISTA        | Estado SP                                    |
| CEP                  | 13870-000                    | Nº Telefone ( )                              |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº  | 02.328.280/0021-30           | Nº Fax ( )                                   |
| Inscr. Estadual      |                              | Inscr. Municipal                             |
| e-mail               | poder_publico@elektro.com.br |  |

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL Ficha Nº 196 Dest. Recurso 061000049

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
 Unidade Orçamentaria 10804 SERVIÇO DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA  
 Validade SESENTA DIAS  
 Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL  
 Garantia .  
 Objeto EMPENHO ESTIMATIVO PARA COBRIR DESPESAS COM CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA A VENCER DURANTE O EXERCÍCIO DE 2018  
 Aplicação DEPARTAMENTO DE OBRAS  
 Nº Requisição 4341/2018

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          | SERV    | 017.001.00604/SERVIÇOS DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA - EMPENHO ESTIMATIVO PARA COBRIR DESPESAS COM CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA A VENCER NO MÊS DE JUNHO DE 2018. - | 266.100,0000   | 266.100,00  |

|                         |                      |                   |
|-------------------------|----------------------|-------------------|
| <b>Pedido 3799/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>266.100,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>       |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>       |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>266.100,00</b> |

( DUZENTOS E SESENTA E SEIS MIL CEM REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

JANAINA ASSUNÇÃO SETTE DA SILVA  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS EM SUBS.

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
DIRETORA DPTO DE ADM. EM SUBS.



Pedido de Compra 3742/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 3800/2018  
Categoria Econômica: 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.  
Modalidade: 67/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO  
Processo Nº: 0/2017      Empenho: 8767/2018 - 08/06/2018  
Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Global/Estimativo

Ata de Registro de Preço Nº: 67/2017

Fornecedor 10557      DESAFIO JOVEM JEOVA - RAFA  
Nome Fantasia  
Endereço R DOS GRAVATAS, 10 (ANTIGA CRAVOS)      Bairro JARDIM CONCEIÇÃO  
Cidade HORTOLÂNDIA      Estado SP  
CEP 13185-800      Nº Telefone (019) 3281-4280  
C.P.F / C.N.P.J. Nº 03.422.399/0001-97      Nº Fax ( )  
Inscr. Estadual      Inscr. Municipal  
e-mail drogasealcool@hotmail.com

Local de Entrega CONFORME CONTRATO      Ficha Nº 761      Dest. Recurso 053000007

Endereço CONFORME CONTRATO  
Unidade Orçamentaria 11503      MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE  
Validade CONFORME CONTRATO  
Prazo Entrega CONFORME CONTRATO      Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO  
Garantia CONT 089/18 - LUCAS ESPADÃO DA SILVA  
Objeto REGISTRO DE PREÇOS DE VAGAS EM CLÍNICA ESPECIALIZADA EM TRATAMENTO DE  
DEPENDÊNCIA QUÍMICA E TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES, EM REGIME DE CONTENÇÃO  
(INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA, COMPULSÓRIA OU POR ORDEM JUDICIAL), PARA INTERNAÇÃO DE  
ADOLESCENTES  
Aplicação DEPTO. DE SAÚDE  
Nº Requisição 3873/2018  
Nº Contrato 89 / 2018

Responsável tamyres

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

Emitido Para PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA  
C.N.P.J. 46.429.379/0001-50      Inscrição Nº 0  
Endereço RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

Nº Telefone: (19) (3634-1000) Nº Fax:( ) ( - )  
Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação   | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|---|----------------|-------------|
| 001     | 6          | UN      | 017.001.00999/VAGAS EM CLÍNICA ESPECIALIZADA EM TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA, E TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES, EM REGIME DE CONTENÇÃO (INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA, COMPULSÓRIA OU POR ORDEM JUDICIAL), PARA INTERNAÇÃO DE ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO QUE NECESSITAM DE TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA, ALÉM DE COMORBIDADES RELACIONADAS. | 1.800,0000     | 10.800,00   |

|                  |               |           |
|------------------|---------------|-----------|
| Pedido 3800/2018 | Total         | 10.800,00 |
|                  | Descontos (-) | 0,00      |
|                  | Impostos (+)  | 0,00      |
|                  | Valor         | 10.800,00 |

( DEZ MIL E OITOCENTOS REAIS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

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

(Página: 83 / 88)

Sistema CECAM  
Data: 15/08/2018 08:55  
Sistema CECAM**Pedido de Compra 3742/2018 - 0****Nº Pedido de Compra: 3800/2018****Global/Estimativo****Categoria Econômica:** 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade:** 67/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO**Processo Nº:** 0/2017**Empenho:** 8767/2018 - 08/06/2018**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Ata de Registro de Preço Nº:** 67/2017**Fornecedor 10557 DESAFIO JOVEM JEOVA - RAFA****Nome Fantasia**

Endereço R DOS GRAVATAS, 10 (ANTIGA CRAVOS)

Bairro JARDIM CONCEIÇÃO

Cidade HORTOLÂNDIA

Estado SP

CEP 13185-800

Nº Telefone (019) 3281-4280

C.P.F / C.N.P.J. Nº 03.422.399/0001-97

Nº Fax ( )

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail drogasealcool@hotmail.com

**Local de Entrega** CONFORME CONTRATO

Ficha Nº 761

Dest. Recurso 053000007

Endereço CONFORME CONTRATO

Unidade Orçamentaria 11503 MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Validade CONFORME CONTRATO

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 089/18 - LUCAS ESPADÃO DA SILVA

Objeto REGISTRO DE PREÇOS DE VAGAS EM CLÍNICA ESPECIALIZADA EM TRATAMENTO DE

DEPENDÊNCIA QUÍMICA E TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES, EM REGIME DE CONTENÇÃO

(INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA, COMPULSÓRIA OU POR ORDEM JUDICIAL), PARA INTERNAÇÃO DE

ADOLESCENTES

Aplicação DEPTO. DE SAÚDE

Nº Requisição 3873/2018

Nº Contrato 116 / 2018

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

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação   | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|---|----------------|-------------|
| 001     | 6          | UN      | 017.001.00999/VAGAS EM CLÍNICA ESPECIALIZADA EM TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA, E TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES, EM REGIME DE CONTENÇÃO (INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA, COMPULSÓRIA OU POR ORDEM JUDICIAL), PARA INTERNAÇÃO DE ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO QUE NECESSITAM DE TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA, ALÉM DE COMORBIDADES RELACIONADAS. | 1.800,0000     | 10.800,00   |

|                         |                      |                  |
|-------------------------|----------------------|------------------|
| <b>Pedido 3800/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>10.800,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>      |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>      |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>10.800,00</b> |

**( DEZ MIL E OITOCENTOS REAIS )****SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018**LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOSRENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 3742/2018 - 0****Nº Pedido de Compra: 3800/2018****Global/Estimativo****Categoria Econômica:** 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade:** 67/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO**Processo Nº:** 0/2017**Empenho:** 8767/2018 - 08/06/2018**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Ata de Registro de Preço Nº:** 67/2017**Fornecedor 10557 DESAFIO JOVEM JEOVA - RAFA****Nome Fantasia**

Endereço R DOS GRAVATAS, 10 (ANTIGA CRAVOS)

Bairro JARDIM CONCEIÇÃO

Cidade HORTOLÂNDIA

Estado SP

CEP 13185-800

Nº Telefone (019) 3281-4280

C.P.F / C.N.P.J. Nº 03.422.399/0001-97

Nº Fax ( )

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail drogasealcool@hotmail.com

**Local de Entrega** CONFORME CONTRATO

Ficha Nº 761

Dest. Recurso 053000007

Endereço CONFORME CONTRATO

Unidade Orçamentaria 11503 MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Validade CONFORME CONTRATO

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 089/18 - LUCAS ESPADÃO DA SILVA

Objeto REGISTRO DE PREÇOS DE VAGAS EM CLÍNICA ESPECIALIZADA EM TRATAMENTO DE

DEPENDÊNCIA QUÍMICA E TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES, EM REGIME DE CONTENÇÃO

(INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA, COMPULSÓRIA OU POR ORDEM JUDICIAL), PARA INTERNAÇÃO DE

ADOLESCENTES

Aplicação DEPTO. DE SAÚDE

Nº Requisição 3873/2018

Nº Contrato 131 / 2018

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

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação   | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|---|----------------|-------------|
| 001     | 6          | UN      | 017.001.00999/VAGAS EM CLÍNICA ESPECIALIZADA EM TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA, E TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES, EM REGIME DE CONTENÇÃO (INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA, COMPULSÓRIA OU POR ORDEM JUDICIAL), PARA INTERNAÇÃO DE ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO QUE NECESSITAM DE TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA, ALÉM DE COMORBIDADES RELACIONADAS. | 1.800,0000     | 10.800,00   |

|                         |                      |                  |
|-------------------------|----------------------|------------------|
| <b>Pedido 3800/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>10.800,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>      |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>      |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>10.800,00</b> |

**( DEZ MIL E OITOCENTOS REAIS )****SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018**LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOSRENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

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

(Página: 85 / 88)

Sistema CECAM  
Data: 15/08/2018 08:55  
Sistema CECAM**Pedido de Compra 3742/2018 - 0****Nº Pedido de Compra: 3800/2018****Global/Estimativo****Categoria Econômica:** 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade:** 67/2017 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO**Processo Nº:** 0/2017**Empenho:** 8767/2018 - 08/06/2018**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Ata de Registro de Preço Nº:** 67/2017**Fornecedor 10557 DESAFIO JOVEM JEOVA - RAFA****Nome Fantasia**

Endereço R DOS GRAVATAS, 10 (ANTIGA CRAVOS)

Bairro JARDIM CONCEIÇÃO

Cidade HORTOLÂNDIA

Estado SP

CEP 13185-800

Nº Telefone (019) 3281-4280

C.P.F / C.N.P.J. Nº 03.422.399/0001-97

Nº Fax ( )

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

e-mail drogasealcool@hotmail.com

**Local de Entrega** CONFORME CONTRATO

Ficha Nº 761

Dest. Recurso 053000007

Endereço CONFORME CONTRATO

Unidade Orçamentaria 11503 MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Validade CONFORME CONTRATO

Prazo Entrega CONFORME CONTRATO

Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO

Garantia CONT 089/18 - LUCAS ESPADÃO DA SILVA

Objeto REGISTRO DE PREÇOS DE VAGAS EM CLÍNICA ESPECIALIZADA EM TRATAMENTO DE

DEPENDÊNCIA QUÍMICA E TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES, EM REGIME DE CONTENÇÃO

(INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA, COMPULSÓRIA OU POR ORDEM JUDICIAL), PARA INTERNAÇÃO DE

ADOLESCENTES

Aplicação DEPTO. DE SAÚDE

Nº Requisição 3873/2018

Nº Contrato 132 / 2018

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

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação   | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|---|----------------|-------------|
| 001     | 6          | UN      | 017.001.00999/VAGAS EM CLÍNICA ESPECIALIZADA EM TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA, E TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES, EM REGIME DE CONTENÇÃO (INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA, COMPULSÓRIA OU POR ORDEM JUDICIAL), PARA INTERNAÇÃO DE ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO QUE NECESSITAM DE TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA, ALÉM DE COMORBIDADES RELACIONADAS. | 1.800,0000     | 10.800,00   |

|                         |                      |                  |
|-------------------------|----------------------|------------------|
| <b>Pedido 3800/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>10.800,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>      |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>      |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>10.800,00</b> |

**( DEZ MIL E OITOCENTOS REAIS )****SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018**LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOSRENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO

**Pedido de Compra 3742/2018 - 0****Nº Pedido de Compra: 3801/2018****Global/Estimativo****Categoria Econômica:** 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade:** 38/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 0/2018**Empenho:** 8757/2018 - 08/06/2018**Vínculo:** ORDINÁRIO**Fornecedor 11114 KOSSAR DO BRASIL LTDA**  
**Nome Fantasia****Endereço** R. MINAS GERAIS, 50  
**Cidade** VARGEM GRANDE DO SUL  
**CEP** 13880-000**Bairro** JARDIM SANTA CANDIDA**Estado** SP**Nº Telefone** (019) 3641-7122**Nº Fax** ( )**C.P.F / C.N.P.J. Nº** 29.164.163/0001-91**Inscr. Estadual** 711.055.119.116**Inscr. Municipal****e-mail** licitacao@mail.com**Local de Entrega** CONFORME CONTRATO**Ficha Nº** 862**Dest. Recurso** 011100000**Endereço** CONFORME CONTRATO**Unidade Orçamentaria** 11601 GABINETE DO DIRETOR - TURISMO**Validade** CONFORME CONTRATO**Prazo Entrega** CONFORME CONTRATO**Prazo de Pagto** CONFORME CONTRATO**Garantia** CONT 110/18**Objeto** LOCAÇÃO DE ESTRUTURAS PARA EVENTOS.**Aplicação** DEPARTAMENTO DE TURISMO**Nº Contrato** 110 / 2018**Responsável** tamyres**Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.****Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50**Inscrição Nº** 0**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** ( ) ( - )**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

| <b>Item Nº</b> | <b>Quantidade</b> | <b>Un.Med.</b> | <b>Especificação</b>  | <b>Valor Unitário</b> | <b>Valor Total</b> |
|----------------|-------------------|----------------|---|-----------------------|--------------------|
| 003            | 30                | M              | 017.001.00404/LOCAÇÃO DE ARQUIBANCADA   | 205,0000              | 6.150,00           |
| 007            | 240               | M2             | 017.001.01563/LOCAÇÃO DE PISO   | 12,0000               | 2.880,00           |
| 006            | 40                | UN             | 017.001.01562/LOCAÇÃO DE TENDAS 3 X 3 METROS.   | 250,0000              | 10.000,00          |
| 005            | 6                 | UN             | 017.001.01561/LOCAÇÃO DE TENDAS 10 X 10 METROS  | 750,0000              | 4.500,00           |
| 008            | 10                | UN             | 017.001.01564/LOCAÇÃO DE CATRACA COM SISTEMA ELETRÔNICO DE CONTAGEM DE PÚBLICO. Sendo 10 catracas por dia; nos dias 22,23 e 24 de 2018. As catracas deverão ter painel contador de público de no mínimo 5 dígitos. As catracas deverão estar expostas 06 na entrada e 04 na saída | 690,0000              | 6.900,00           |

|                         |                      |                  |
|-------------------------|----------------------|------------------|
| <b>Pedido 3801/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>30.430,00</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>      |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>      |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>30.430,00</b> |

**( TRINTA MIL E QUATROCENTOS E TRINTA REAIS )****SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018**



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

Nº Pedido de Compra: **3801/2018**

**Global/Estimativo**

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

Modalidade: 38/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 0/2018

Empenho: 8757/2018 - 08/06/2018

Vínculo: ORDINÁRIO

---

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

---

---

JANAINA ASSUNÇÃO SETTE DA SILVA  
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS EM SUBS.

---

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
DIRETORA DPTO DE ADM. EM SUBS.



**Pedido de Compra 3742/2018 - 0**

**Nº Pedido de Compra:** 3802/2018  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.30.36 - MATERIAL DE CONSUMO  
**Modalidade:** 28/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL  
**Processo Nº:** 3513/2018 **Empenho:** 8758/2018 - 08/06/2018  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                      |   |   |
|----------------------|---|---|
| <b>Fornecedor</b>    | <b>432</b>                                    | <b>T.R.M COMERCIAL DE MEDICAMENTOS LTDA</b> |
| <b>Nome Fantasia</b> |   | <b>TRM</b>                                  |
| Endereço             | RUA DAVID DE CARVALHO, 344/350                | Bairro VILA VALENTIM                        |
| Cidade               | SÃO JOÃO DA BOA VISTA                         | Estado SP                                   |
| CEP                  | 13873-020                                     | Nº Telefone (019) 3633-2602                 |
| C.P.F / C.N.P.J. Nº  | 71.912.315/0001-53                            | Nº Fax (019) 3623-1076                      |
| Inscr. Estadual      | 639.053.945.110                               | Inscr. Municipal                            |
| e-mail               | administrativo@trmcom.com.br; gerencia@trmcom |   |

**Local de Entrega** CONFORME CONTRATO Ficha Nº 714 Dest. Recurso 023000071

Endereço CONFORME CONTRATO  
Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA  
Validade CONFORME CONTRATO  
Prazo Entrega CONFORME CONTRATO Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO  
Garantia CONT 093/18  
Objeto AQUISIÇÃO DE MATERIAIS DE LABORATÓRIO, MÉDICO-HOSPITALARES E ENFERMAGEM.  
Aplicação DEPTO. DE SAÚDE  
Nº Requisição 4422/2018  
Nº Contrato 93 / 2018

Responsável **tamyres**

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

**Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA  
**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50 **Inscrição Nº** 0  
**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** ( ) ( - )  
**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação   | Valor Unitário | Valor Total |
|---------|------------|---------|---|----------------|-------------|
| 001     | 1620       | FR      | 022.002.00152/ALCOOL A 70% - FRASCO CONTENDO 1000 ML. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. -  | 3,5185         | 5.699,97    |
| 002     | 2520       | LT      | 022.002.00470/HIPOCLORITO DE SÓDIO 1% - 10000 PPM DE CLORO ATIVO ESTABILIZADO, COM ESTABILIZANTE E ÁGUA DEIONIZADA. FRASCO DE 1000ML. COM AÇÃO GERMICIDA E DESINFETANTE. VALIDADE MÍNIMA DE 10 MESES A CONTAR DA DATA DE ENTREGA - NOTIFICAÇÃO NA ANVISA/MS, REGISTRADO COMO DESINFETANTE HOSPITALAR COM TAL DESCRIÇÃO DEVENDO CONSTAR NO RÓTULO DO PRODUTO - | 1,4000         | 3.528,00    |

|                         |                      |                 |
|-------------------------|----------------------|-----------------|
| <b>Pedido 3802/2018</b> | <b>Total</b>         | <b>9.227,97</b> |
|                         | <b>Descontos (-)</b> | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Impostos (+)</b>  | <b>0,00</b>     |
|                         | <b>Valor</b>         | <b>9.227,97</b> |

( NOVE MIL E DUZENTOS E VINTE E SETE REAIS E NOVENTA E SETE CENTAVOS )

SAO JOAO DA BOA VISTA, 08 de Junho de 2018

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI  
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

RENATA MOYSES CASSIANO  
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO