

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

(Página: 1 / 4)

Sistema CECAM
Data: 22/11/2018 16:51
Sistema CECAM

Pedido de Compra 5382/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 5382/2018
Categoria Econômica: 3.3.90.39.50 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.
Modalidade: 15/2018 - IN-G INEXIGIBILIDADE
Processo Nº: 5150/2018 **Empenho:** 14973/2018 - 24/09/2018
Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Global/Estimativo****Cotação Nº:** 100/2018**Fornecedor** 11219 **TRIESTE LTDA****Nome Fantasia**

Endereço	RUA BERNARDO JOSÉ SAMPAIO, 322	Bairro	BOTAFOGO
Cidade	CAMPINAS	Estado	SP
CEP	13020-450	Nº Telefone	(019) 3231-1456
C.P.F / C.N.P.J. Nº	28.594.872/0001-44	Nº Fax	(019) 99701-9903
Inscr. Estadual		Inscr. Municipal	

Local de Entrega CONFORME CONTRATO**Ficha Nº 760** **Dest. Recurso** 013100000

Endereço	CONFORME CONTRATO		
Unidade Orçamentaria	11503	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	
Validade	CONFORME CONTRATO		
Prazo Entrega	CONFORME CONTRATO	Prazo de Pagto	CONFORME CONTRATO
Garantia	CONT 157/18		
Objeto	Prestação de serviços de residência terapêutica para internação de paciente que necessita de tratamento psiquiátrico para a paciente Maura de Fátima Nogueira		
Aplicação	DEPTO. DE SAÚDE		
Nº Requisição	5842/2018		
Nº Contrato	157 / 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	4	MES	017.001.00171/CONTRATAÇÃO DE CLÍNICA PARA TRATAMENTO	2.969,4000	11.877,60
Pedido 5382/2018				Total	11.877,60
				Descontos (-)	0,00
				Impostos (+)	0,00
				Valor	11.877,60

(ONZE MIL E OITOCENTOS E SETENTA E SETE REAIS E SESSENTA CENTAVOS)**SAO JOAO DA BOA VISTA, 24 de Setembro de 2018**

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5382/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 5383/2018
Categoria Econômica: 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.
Modalidade: 2082/2018 - DISP DISPENSA DE LICITAÇÃO
Fundamento Legal: Lei 8666/93, art 24, inciso IV
Processo Nº: 0/2018 **Empenho:** 14974/2018 - 24/09/2018
Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Global/Estimativo

Cotação Nº: 101/2018

Fornecedor 4220 AIR LIQUIDE BRASIL LTDA
Nome Fantasia AIR LIQUIDE

Endereço RUA RONALD CLADSTONE NEGRI, Nº 557 - POLO ALTA TEC Bairro NOVA APARECIDA
Cidade CAMPINAS Estado SP
CEP 13069-472 Nº Telefone (019) 3781-3000
C.P.F / C.N.P.J. Nº 00.331.788/0016-03 Nº Fax (999) 3781-3022
Inscr. Estadual Inscr. Municipal
e-mail izabel.queiroz@airliquide.com

Local de Entrega CONFORME CONTRATO **Ficha Nº 760 Dest. Recurso** 013100000

Endereço CONFORME CONTRATO
Unidade Orçamentaria 11503 MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
Validade CONFORME CONTRATO
Prazo Entrega CONFORME CONTRATO Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO
Garantia CONT 158/18
Objeto Locação de Equipamento Ventilador/Respirador Mecânico
Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Nº Requisição 5697/2018
Nº Contrato 158 / 2018

Responsável **julianadias**

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

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

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

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	4	UN	017.001.00209/LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MEDICO-HOSPITALARES LOCAÇÃO DE VENTILADOR MECÂNICO, INTERVALO DE PRESSÃO IPAP DE PELO MENOS 4 A 50 CM H ² O. EQUIPAMENTO BIVOLT PARA USO DOMICILIAR, COM VENTILAÇÃO INVASIVA E NÃO-INVASIVA. INTERVALO CPAP DE 4 A 20; EPAP DE 0 A 25CM H ² O. APARELHO ACOMPANHADO DE BASE AQUECIDA, UMIDIFICADOR E NO-BREAK (CAPACIDADE 4 A 6 HORAS). EQUIPAMENTO DEVERÁ ESTAR ACOMPANHADO DE MANUAL DE INSTRUÇÕES EM LÍNGUA PORTUGUESA E DEVERÁ POSSUIR NÚMERO DE REGISTRO NA ANVISA. SERÁ FORNECIDA ASSISTÊNCIA TÉCNICA 24H CONFORME CONSTA NA INFORMAÇÃO TÉCNICA 139/2018 DESTE ALMOXARIFADO DO DEPTO. DE SAÚDE. LOCAÇÃO DE 1 (UM) VENTILADOR MECÂNICO POR 4 (QUATRO) MESES.	2.580,0000	10.320,00

Pedido 5383/2018	Total	10.320,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	10.320,00

(DEZ MIL E TREZENTOS E VINTE REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 24 de Setembro de 2018



Pedido de Compra 5382/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 5383/2018

Global/Estimativo

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

Modalidade: 2082/2018 - DISP DISPENSA DE LICITAÇÃO

Fundamento Legal: Lei 8666/93, art 24, inciso IV

Processo Nº: 0/2018 **Empenho:** 14974/2018 - 24/09/2018

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Cotação Nº: 101/2018

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

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5382/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 5384/2018**Categoria Econômica:** 3.3.90.39.99 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.**Modalidade:** IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS**Processo Nº:** 5165/2018 **Empenho:** 15030/2018 - 24/09/2018**Vínculo:** ORDINÁRIO

Fornecedor	1498	ESCRITÓRIO CENTRAL DE ARRECAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO -
Nome Fantasia	ECAD	
Endereço	R GUILHERMINA GUINLE, 207	Bairro BOTAFOGO
Cidade	RIO DE JANEIRO	Estado RJ
CEP	22270-060	Nº Telefone (19) 38635641
C.P.F / C.N.P.J. Nº	00.474.973/0001-62	Nº Fax
Inscr. Estadual		Inscr. Municipal
e-mail	agenciaitapira@hotmail.com	

Local de Entrega	ALMOXARIFADO CENTRAL	Ficha Nº 862	Dest. Recurso 011100000
-------------------------	----------------------	---------------------	--------------------------------

Endereço	AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122		
Unidade Orçamentaria	11601	GABINETE DO DIRETOR - TURISMO	
Validade	SESSENTA DIAS		
Prazo Entrega	ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO	Prazo de Pagto	VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL
Garantia	.		
Objeto	Pagamento de taxa ao ECAD (Escritório Central de Arrecadação e Distribuição) referente show na Feira Gastronômica do dia 11 de Setembro de 2018.		
Aplicação	Departamento de Turismo		
Nº Requisição	6009/2018		

Responsável **giovana.fontana****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	033.002.00001/PAGAMENTO DE TAXAS	583,7000	583,70

Pedido 5384/2018	Total	583,70
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	583,70

(QUINHENTOS E OITENTA E TRÊS REAIS E SETENTA CENTAVOS)**SAO JOAO DA BOA VISTA, 24 de Setembro de 2018**

LARISSA RODRIGUES CIPPOLLINI
CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO