



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 5999/2018
Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT
Modalidade: 70/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL
Processo Nº: 0/2018 **Empenho:** 18596/2018 - 21/11/2018
Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 615	AGLON COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA
Nome Fantasia	AGLON COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA
Endereço	AVENIDA VISCONDE DE NOVA GRANADA Nº 1105
Cidade	LEME
CEP	13617-400
C.P.F / C.N.P.J. Nº	65.817.900/0001-71
Inscr. Estadual	
e-mail	pedidos@aglon.com.br
Bairro	VILA GROSSKLAUSS
Estado	SP
Nº Telefone	(019) 3573-7300
Nº Fax	(019) 3573-7300
Inscr. Municipal	

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE **Ficha Nº 1083 Dest. Recurso** 023000085

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902
Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Validade CONFORME EDITAL
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 10 (DEZ) DIAS APÓS NOTA FISCAL
Garantia .
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE DISTRIBUIÇÃO, USO INTERNO E DE AÇÕES JUDICIAIS.
Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.
Nº Contrato 174 / 2018

Responsável **sa-giseletrans**

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
184	4	AMP	100.002.00433/UNDECILATO DE TESTOSTERONA 250 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 4 ML; CÓDIGO BEC: 2255561 NEBIDO/BAYER	339,0000	1.356,00
189	448	COM	100.002.00467/RIVAROXABANA 20MG COMPRIMIDO. VALIDADE MINIMA 12 MESES; CÓDIGO BEC: 3814556 XARELTO/BAYER	5,5700	2.495,36

Pedido 5999/2018	Total	3.851,36
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	3.851,36

(TRÊS MIL E OITOCENTOS E CINQUENTA E UM REAIS E TRINTA E SEIS CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Novembro de 2018

DEBORA FERRAZ CARVALHO
CHEFE DO SETOR DE LICITAÇÕES

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ADMINIS



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 6001/2018
Categoria Econômica: 3.3.90.30.07 - MATERIAL DE CONSUMO
Modalidade: 52/2018 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO
Processo Nº: 5826/2018 **Empenho:** 18475/2018 - 14/11/2018
Vínculo: ORDINÁRIO

Fornecedor 11268 GOLDEN FOOD - COMERCIO E EXPORTAÇÃO DE ALIMENTOS - EIRELI

Nome Fantasia

Endereço	AV. IMPERATRIZ LEOPOLDINA, 957 - SL 2402	Bairro	VILA LEOPOLDINA
Cidade	SÃO PAULO	Estado	SP
CEP	05305-011	Nº Telefone	(011) 3908-6991
C.P.F / C.N.P.J. Nº	08.004.710/0001-00	Nº Fax	(011) 3908-6991
Inscr. Estadual		Inscr. Municipal	
e-mail	vendas@goldenfood.com.br		

Local de Entrega CONFORME EDITAL **Ficha Nº 108 Dest. Recurso** 011100000

Endereço			
Unidade Orçamentaria	10601	GABINETE DO DIRETOR - RECURSOS HUMANOS	
Validade	SESSENTA DIAS		
Prazo Entrega	CONFORME EDITAL	Prazo de Pagto	CONFORME EDITAL
Garantia	CONFORME EDITAL		
Objeto	AQUISIÇÃO DE CESTAS DE PRODUTOS NATALINOS		
Aplicação	DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS		
Nº Requisição	6822/2018		

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
001	1582	UN	006.002.00080/CESTA DE PRODUTOS NATALINOS - CONFORME DESCRITIVO ANEXO	86,2000	136.368,40

Pedido 6001/2018	Total	136.368,40
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	136.368,40

(CENTO E TRINTA E SEIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E OITO REAIS E QUARENTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Novembro de 2018

DEBORA FERRAZ CARVALHO
CHEFE DO SETOR DE LICITAÇÕES

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ADMINIS



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 6002/2018
Categoria Econômica: 3.3.90.30.07 - MATERIAL DE CONSUMO
Modalidade: 52/2018 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO
Processo Nº: 5827/2018 **Empenho:** 18477/2018 - 14/11/2018
Vínculo: EDUCAÇÃO

Fornecedor 11268 GOLDEN FOOD - COMERCIO E EXPORTAÇÃO DE ALIMENTOS - EIRELI

Nome Fantasia

Endereço AV. IMPERATRIZ LEOPOLDINA, 957 - SL 2402 Bairro VILA LEOPOLDINA
Cidade SÃO PAULO Estado SP
CEP 05305-011 Nº Telefone (011) 3908-6991
C.P.F / C.N.P.J. Nº 08.004.710/0001-00 Nº Fax (011) 3908-6991
Inscr. Estadual Inscr. Municipal
e-mail vendas@goldenfood.com.br

Local de Entrega CONFORME EDITAL

Ficha Nº 530 Dest. Recurso 052000004

Endereço
Unidade Orçamentaria 11402 SETOR DE ENSINO FUNDAMENTAL
Validade SESSENTA DIAS
Prazo Entrega CONFORME EDITAL Prazo de Pagto CONFORME EDITAL
Garantia CONFORME EDITAL
Objeto AQUISIÇÃO DE CESTAS DE PRODUTOS NATALINOS
Aplicação DEPTO DE EDUCAÇÃO
Nº Requisição 6823/2018

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
001	766	UN	006.002.00080/CESTA DE PRODUTOS NATALINOS - CONFORME DESCRITIVO ANEXO	86,2000	66.029,20

Pedido 6002/2018	Total	66.029,20
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	66.029,20

(SESSENTA E SEIS MIL E VINTE E NOVE REAIS E VINTE CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Novembro de 2018

DEBORA FERRAZ CARVALHO
CHEFE DO SETOR DE LICITAÇÕES

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ADMINIS



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 6003/2018
Categoria Econômica: 3.3.90.30.07 - MATERIAL DE CONSUMO
Modalidade: 52/2018 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO
Processo Nº: 5828/2018 **Empenho:** 18474/2018 - 14/11/2018
Vínculo: FUNDO MUNIC. DE ASSIST SOCIAL

Fornecedor 11268 GOLDEN FOOD - COMERCIO E EXPORTAÇÃO DE ALIMENTOS - EIRELI

Nome Fantasia

Endereço	AV. IMPERATRIZ LEOPOLDINA, 957 - SL 2402	Bairro	VILA LEOPOLDINA
Cidade	SÃO PAULO	Estado	SP
CEP	05305-011	Nº Telefone	(011) 3908-6991
C.P.F / C.N.P.J. Nº	08.004.710/0001-00	Nº Fax	(011) 3908-6991
Inscr. Estadual		Inscr. Municipal	
e-mail	vendas@goldenfood.com.br		

Local de Entrega CONFORME EDITAL **Ficha Nº 374 Dest. Recurso** 015100000

Endereço			
Unidade Orçamentaria	11101	FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	
Validade	SESSENTA DIAS		
Prazo Entrega	CONFORME EDITAL	Prazo de Pagto	CONFORME EDITAL
Garantia	CONFORME EDITAL		
Objeto	AQUISIÇÃO DE CESTAS DE PRODUTOS NATALINOS		
Aplicação	DEPTO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL		
Nº Requisição	6824/2018		

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
001	66	UN	006.002.00179/CESTA DE PRODUTOS NATALINOS - CONFORME TERMO DE REFERÊNCIA	86,2000	5.689,20

Pedido 6003/2018	Total	5.689,20
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	5.689,20

(CINCO MIL E SEISCENTOS E OITENTA E NOVE REAIS E VINTE CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Novembro de 2018

DEBORA FERRAZ CARVALHO
CHEFE DO SETOR DE LICITAÇÕES

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ADMINIS



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 6004/2018
Categoria Econômica: 3.3.90.30.07 - MATERIAL DE CONSUMO
Modalidade: 52/2018 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO
Processo Nº: 5829/2018 **Empenho:** 18476/2018 - 14/11/2018
Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 11268 GOLDEN FOOD - COMERCIO E EXPORTAÇÃO DE ALIMENTOS - EIRELI

Nome Fantasia

Endereço AV. IMPERATRIZ LEOPOLDINA, 957 - SL 2402 Bairro VILA LEOPOLDINA
Cidade SÃO PAULO Estado SP
CEP 05305-011 Nº Telefone (011) 3908-6991
C.P.F / C.N.P.J. Nº 08.004.710/0001-00 Nº Fax (011) 3908-6991
Inscr. Estadual Inscr. Municipal
e-mail vendas@goldenfood.com.br

Local de Entrega CONFORME EDITAL

Ficha Nº 689 Dest. Recurso 013100000

Endereço
Unidade Orçamentaria 11501 GESTÃOS DO SUS
Validade SESSENTA DIAS
Prazo Entrega CONFORME EDITAL Prazo de Pagto CONFORME EDITAL
Garantia CONFORME EDITAL
Objeto AQUISIÇÃO DE CESTAS DE PRODUTOS NATALINOS
Aplicação DEPTO DE SAÚDE
Nº Requisição 6825/2018

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
001	367	UN	006.002.00080/CESTA DE PRODUTOS NATALINOS - CONFORME DESCRITIVO ANEXO	86,2000	31.635,40

Pedido 6004/2018	Total	31.635,40
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	31.635,40

(TRINTA E UM MIL E SEISCENTOS E TRINTA E CINCO REAIS E QUARENTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Novembro de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ADMINIS



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 6005/2018
Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO
Modalidade: 70/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL
Processo Nº: 0/2018 **Empenho:** 18563/2018 - 21/11/2018
Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 10837 ALTERMED MAT MED HOSP LTDA
Nome Fantasia ALTERMED
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 ALMOXARIFADO SAÚDE **Ficha Nº 1030 Dest. Recurso** 023000069

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902
Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA
Validade CONFORME EDITAL
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 10 (DEZ) DIAS APÓS NOTA FISCAL
Garantia .
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE DISTRIBUIÇÃO, USO INTERNO E DE AÇÕES JUDICIAIS.
Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Responsável **sa-giseletrans**

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

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

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

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	5	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	9,1850	45,93

Pedido 6005/2018 Total 45,93
Descontos (-) 0,00
Impostos (+) 0,00
Valor 45,93

(QUARENTA E CINCO REAIS E NOVENTA E TRÊS CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Novembro de 2018

DEBORA FERRAZ CARVALHO
CHEFE DO SETOR DE LICITAÇÕES

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ADMINIS



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 6006/2018
Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT
Modalidade: 70/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL
Processo Nº: 0/2018 **Empenho:** 18594/2018 - 21/11/2018
Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 10837 ALTERMED MAT MED HOSP LTDA
Nome Fantasia ALTERMED
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 ALMOXARIFADO SAÚDE **Ficha Nº 830 Dest. Recurso** 053000032

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902
Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Validade CONFORME EDITAL
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 10 (DEZ) DIAS APÓS NOTA FISCAL
Garantia .
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE DISTRIBUIÇÃO, USO INTERNO E DE AÇÕES JUDICIAIS.
Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Responsável **sa-giseletrans**

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
124	300	COM	100.002.00163/PIRIMETAMINA 25 MG COMPRIMIDO. VALIDADE MÍNIMA 24 MESES; CÓDIGO BEC: 110060	0,0915	27,45

Pedido 6006/2018	Total	27,45
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	27,45

(VINTE E SETE REAIS E QUARENTA E CINCO CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Novembro de 2018

DEBORA FERRAZ CARVALHO
CHEFE DO SETOR DE LICITAÇÕES

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ADMINIS



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 6007/2018
Categoria Econômica: 4.4.90.61.00 - AQUISIÇÃO DE IMÓVEIS
Modalidade: IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS
Processo Nº: 5833/2018 **Empenho:** 18447/2018 - 14/11/2018
Vínculo: ORDINÁRIO

Fornecedor 11270 CHRISTIANO LUIZ RIBEIRO DE OLIVEIRA - OUTROS
Nome Fantasia
Endereço ALAMEDA DAS RESEDÁS GIGANTE (COND. RES. MORRO AZUL) Bairro LOTEAMENTO FECHADO
Cidade SÃO JOÃO DA BOA VISTA Estado SP
CEP 13874-857 Nº Telefone (019) 3623-2807
C.P.F / C.N.P.J. Nº 377.374.658-04 Nº Fax ()
Inscr. Estadual Inscr. Municipal

Local de Entrega ALMOXARIFADO CENTRAL **Ficha Nº 56** **Dest. Recurso** 011100000

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122
Unidade Orçamentaria 10301 GABINETE DO DIRETOR - PLANEJAMENTO
Validade SESSENTA DIAS
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL
Garantia .
Objeto Aquisição de imóvel localizado na Rua Dr. Theófilo Ribeiro de Andrade nº277 -
Centro (Pagamento referente a novembro e dezembro de 2018)
Aplicação Planejamento
Nº Requisição 6728/2018

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	110.001.00001/AQUISIÇÃO DE BEM IMÓVEL, POR COMPRA OU PERMUTA - Pagamento referente a novembro e dezembro de 2018 de acordo com relação anexa.	40.000,0000	40.000,00

Pedido 6007/2018	Total	40.000,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	40.000,00

(QUARENTA MIL REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Novembro de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ADMINIS



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 6008/2018
Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT
Modalidade: 70/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL
Processo Nº: 0/2018 **Empenho:** 18559/2018 - 21/11/2018
Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor	10837 ALTERMED MAT MED HOSP LTDA	
Nome Fantasia	ALTERMED	
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 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 EDITAL
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 10 (DEZ) DIAS APÓS NOTA FISCAL
Garantia .
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE DISTRIBUIÇÃO, USO INTERNO E DE AÇÕES JUDICIAIS.
Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Responsável **sa-giseletrans**

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
081	500	COM	100.002.00047/ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 500MG. CÓDIGO BEC: 103195	0,0400	20,00
160	500	COM	100.002.00277/AMOXICILINA 875 MG + CLAVUNATO 125 MG. VALIDADE MÍNIMA 24 MESES. CÓDIGO BEC: 2107147	1,8700	935,00
203	5000	FR	100.002.00548/CLORETO DE SÓDIO 0,9% GOTAS NASAIS PEDIÁTRICAS FRASCO COM 30 ML, EMBALAGEM INDIVIDUAL COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA, VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 107867	0,8050	4.025,00
173	12	CTL	100.002.00375/LEVONORGESTREL 0,75 MG. COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA, REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE E VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 974374	14,3000	171,60
154	250	FR	100.002.00254/POLIVITAMÍNICO GOTAS SOLUÇÃO ORAL; CÓDIGO BEC: 3790223	5,8500	1.462,50
126	500	COM	100.002.00180/SULFADIAZINA 500 MG - VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 111406	0,2340	117,00

Pedido 6008/2018	Total	6.731,10
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	6.731,10

(SEIS MIL E SETECENTOS E TRINTA E UM REAIS E DEZ CENTAVOS)



Nº Pedido de Compra: 6008/2018

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

Modalidade: 70/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 0/2018 **Empenho:** 18559/2018 - 21/11/2018

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Novembro de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ADMINIS



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 6009/2018
Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO
Modalidade: 70/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL
Processo Nº: 0/2018 **Empenho:** 18562/2018 - 21/11/2018
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@cristalia.com.br,<concorrencia7@cri

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE **Ficha Nº 756 Dest. Recurso** 053000039

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902
Unidade Orçamentaria 11503 MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
Validade CONFORME EDITAL
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 10 (DEZ) DIAS APÓS NOTA FISCAL
Garantia .
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE DISTRIBUIÇÃO, USO INTERNO E DE AÇÕES JUDICIAIS.
Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Responsável **sa-giseletrans**

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
037	20	FR	022.004.00264/FOSFATO DE SÓDIO MONOBÁSICO 160 MG/ML + FOSFATO DE SÓDIO DIBÁSICO 60 MG/ML, FRASCO COM 130 ML. CÓDIGO BEC: 486280 Cristalia	4,3500	87,00

Pedido 6009/2018	Total	87,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	87,00

(OITENTA E SETE REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Novembro de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 6010/2018
Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO
Modalidade: 70/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL
Processo Nº: 0/2018 **Empenho:** 18564/2018 - 21/11/2018
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@cristalia.com.br,<concorrencia7@cri

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE **Ficha Nº 1030 Dest. Recurso** 023000069

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902
Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA
Validade CONFORME EDITAL
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 10 (DEZ) DIAS APÓS NOTA FISCAL
Garantia .
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE DISTRIBUIÇÃO, USO INTERNO E DE AÇÕES JUDICIAIS.
Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Responsável **sa-giseletrans**

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	15	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 latinofarma	9,0000	135,00
008	20	AMP	022.004.00048/CLORIDRATO DE DOPAMINA 5 MG/ML.AMPOLA COM 10 ML VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 108030 Cristalia	2,0000	40,00
015	3	FR	022.004.00100/CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA SPRAY 10% ANESTESIA TÓPICA FR. C/ 50 ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 501140 Cristalia	51,8500	155,55
012	50	AMP	022.004.00079/DIAZEPAM 10 MG. AMPOLA COM 2 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 103420 Cristalia	1,2400	62,00
019	50	AMP	022.004.00120/FITOMENADIONA 10 MG. ADMINISTRAÇÃO INTRA MUSCULAR. AMPOLA COM 1 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 106321 cristalia	1,0800	54,00



Nº Pedido de Compra: 6010/2018
Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO
Modalidade: 70/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL
Processo Nº: 0/2018 **Empenho:** 18564/2018 - 21/11/2018
Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item N°	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
			Pedido 6010/2018	Total	446,55
				Descontos (-)	0,00
				Impostos (+)	0,00
				Valor	446,55

(QUATROCENTOS E QUARENTA E SEIS REAIS E CINQUENTA E CINCO CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Novembro de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 6011/2018
Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT
Modalidade: 70/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL
Processo Nº: 0/2018 **Empenho:** 18568/2018 - 21/11/2018
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@cristalia.com.br,<concorrencia7@cri	

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 EDITAL
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 10 (DEZ) DIAS APÓS NOTA FISCAL
Garantia .
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE DISTRIBUIÇÃO, USO INTERNO E DE AÇÕES JUDICIAIS.
Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Responsável **sa-giseletrans**

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
103	11500	COM	100.002.00099/CLORIDRATO DE LEVOMEPRIMAZINA 25MG. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 785660 Cristalia	0,3350	3.852,50
104	10000	COM	100.002.00101/CLORIDRATO IMIPRAMINA 25 MG - FURP - APRESENTAÇÃO COMPRIMIDO - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES - PORTARIA 344/98 C1. CÓDIGO BEC: 108707 Cristalia	0,2630	2.630,00
105	16000	COM	100.002.00102/CLORIDRATO PROMETAZINA 25 MG APRESENTAÇÃO COMPRIMIDO - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 219665 Cristalia	0,0990	1.584,00
153	40000	COM	100.002.00253/FENOBARBITAL 100MG COMPRIMIDOS. VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 480410 Cristalia	0,0960	3.840,00
106	300	TUB	100.002.00104/FIBRINOLISINA + DESOXIRRIBONUCLEASE + CLORANFENICOL TUBO COM 30 GR. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 254630 Cristalia	39,0000	11.700,00



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: **6011/2018**

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

Modalidade: 70/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 0/2018 Empenho: 18568/2018 - 21/11/2018

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item N°	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
107	10000	COM	100.002.00108/HALOPERIDOL 5 MG- APRESENTAÇÃO COMPRIMIDO. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. PORTARIA 344/98. CÓDIGO BEC: 110353 Cristalia	0,1050	1.050,00
066	8000	COM	100.002.00016/MALEATO DE LEVOMEPROMAZINA 100 MG COMPRIMIDO. CÓDIGO BEC: 785679 Cristalia	0,7450	5.960,00
176	30	FR	100.002.00380/MALEATO LEVOMEPROMAZINA 4% SOL. ORAL - APRESENTAÇÃO FRASCO - VALIDADE MINIMA 12 MESES - PORTARIA 344/ 98 C1. . CÓDIGO BEC: 1143794 Cristalia	8,6800	260,40
108	3000	COM	100.002.00110/NITRAZEPAN 5 MG - APRESENTAÇÃO COMPRIMIDO - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES - PORTARIA 344/98 B1. CÓDIGO BEC: 109029 Cristalia	0,1160	348,00

Pedido 6011/2018	Total	31.224,90
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	31.224,90

(TRINTA E UM MIL E DUZENTOS E VINTE E QUATRO REAIS E NOVENTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Novembro de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 6012/2018

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

Modalidade: 70/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 0/2018 **Empenho:** 18593/2018 - 21/11/2018

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	concorrenca15@cristalia.com.br,<concorrenca7@cri	

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

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902
Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Validade CONFORME EDITAL
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO **Prazo de Pagto** 10 (DEZ) DIAS APÓS NOTA FISCAL
Garantia .
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE DISTRIBUIÇÃO, USO INTERNO E DE AÇÕES JUDICIAIS.
Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Responsável sa-giseletrans

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
095	5000	COM	100.002.00085/LEVODOPA 250 MG + CARBIDOPA 25 MG. COMPRIMIDO. CÓDIGO BEC: 4048016 Cristalia	0,8200	4.100,00

Pedido 6012/2018	Total	4.100,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	4.100,00

(QUATRO MIL CEM REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Novembro de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 6013/2018
Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO
Modalidade: 70/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL
Processo Nº: 0/2018 **Empenho:** 18567/2018 - 21/11/2018
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 ALMOXARIFADO SAÚDE **Ficha Nº 1030 Dest. Recurso** 023000069

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902
Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA
Validade CONFORME EDITAL
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 10 (DEZ) DIAS APÓS NOTA FISCAL
Garantia .
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE DISTRIBUIÇÃO, USO INTERNO E DE AÇÕES JUDICIAIS.
Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Responsável **sa-giseletrans**

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

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

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

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
011	1000	AMP	022.004.00076/BROMETO DE N-BUTILESCOPOLAMINA 20MG/5ML + DIPIRONA SÓDICA 2,5G/ML, AMPOLA COM 5ML EMBALAGEM. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 165131 FARMACE	1,1990	1.199,00

Pedido 6013/2018	Total	1.199,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	1.199,00

(UM MIL E CENTO E NOVENTA E NOVE REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Novembro de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 6014/2018
Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT
Modalidade: 70/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL
Processo Nº: 0/2018 **Empenho:** 18569/2018 - 21/11/2018
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 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 EDITAL
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 10 (DEZ) DIAS APÓS NOTA FISCAL
Garantia .
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE DISTRIBUIÇÃO, USO INTERNO E DE AÇÕES JUDICIAIS.
Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Responsável **sa-giseletrans**

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
149	5800	COM	100.002.00237/ACICLOVIR 200MG, VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 103250 CIMED	0,2090	1.212,20
191	500	FR	100.002.00474/AZITROMICINA DIIDRATADA 209,6 MG EQUIVALENTE A 200 MG DE AZITROMICINA BASE EM CADA 5 ML DE SUSPENSÃO RECONSTITUÍDA. PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL. EMBALAGENS CONTENDO 1 FRASCO COM 600 MG + 1 FLACONETE DILUENTE COM 9 ML + SERINGA DOSADORA. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 272205 PRATI	6,2900	3.145,00
102	80000	COM	100.002.00097/CLONAZEPAM 2 MG - FURP - APRESENTAÇÃO COMPRIMIDO - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES - PORTARIA 344/98 B1. CÓDIGO BEC: 107832 GEOLAB	0,0514	4.112,00
206	10000	COM	100.002.00590/CLORIDRATO DE AMIODARONA 200MG - APRESENTAÇÃO COMPRIMIDOS - VALIDADE MINIMA 12 MESES. GEOLAB	0,3050	3.050,00
158	30000	COM	100.002.00261/CLORIDRATO DE SERTRALINA 50 MG COMPRIMIDO; DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA IMPRESSOS	0,0900	2.700,00



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: **6014/2018**

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

Modalidade: 70/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 0/2018 Empenho: 18569/2018 - 21/11/2018

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
			NA EMBALAGEM DO MEDICAMENTO; LOTE E VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM PRIMARIA E SECUNDARIA DO MEDICAMENTO; REGISTRO EM VIGOR NO MINISTERIO DA SAUDE E ANVISA; VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 564117 GEOLAB		
110	40000	COM	100.002.00117/DEXCLORFENIRAMINA 2 MG. COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA, REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE E VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 484130 GEOLAB	0,0660	2.640,00
078	30000	COM	100.002.00036/ENALAPRIL, MALEATO 5 MG. CÓDIGO BEC: 160776 ONEFARMA/CIMED	0,0470	1.410,00
092	5000	COM	100.002.00081/ESPIRONOLACTONA 100 MG COMPRIMIDOS. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 105732 HIPOLABOR	0,3520	1.760,00
194	7000	COM	100.002.00514/IBUPROFENO 300 MG CPR. CÓDIGO BEC: 201235 GEOLAB	0,1400	980,00
137	500	COM	100.002.00205/ITRACONAZOL 100 MG. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 110035 GEOLAB	0,8000	400,00
174	5000	COM	100.002.00378/LORATADINA 10MG CIMED	0,0480	240,00
097	500	FR	100.002.00088/MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA SOLUÇÃO ORAL 0,04%; EMBALAGEM COM 100 ML; DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA IMPRESSOS NA EMBALAGEM DO MEDICAMENTO; LOTE E VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DO MEDICAMENTO; REGISTRO EM VIGOR NO MINISTÉRIO DA SAÚDE; VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 484148 HIPOLABOR	0,8900	445,00
112	50000	COM	100.002.00123/NIMESULIDA 100 MG. CÓDIGO BEC: 208515 CIMED	0,0530	2.650,00



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 6014/2018**Categoria Econômica:** 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT**Modalidade:** 70/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL**Processo Nº:** 0/2018 **Empenho:** 18569/2018 - 21/11/2018**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
182	800	FR	100.002.00411/PREDNISOLONA SOLUÇÃO ORAL 3MG/ML, 100ML, VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 1067818 PRATI	5,9300	4.744,00
071	100	FR	100.002.00022/SULFATO DE SALBUTAMOL 2MG/5ML XAROPE + COPO, FRASCO COM 120ML. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 1289071 PRATI	1,1000	110,00

Pedido 6014/2018	Total	29.598,20
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	29.598,20

(VINTE E NOVE MIL E QUINHENTOS E NOVENTA E OITO REAIS E VINTE CENTAVOS)**SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Novembro de 2018**

RENATA ALEIXO DE CARVALHO
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 6015/2018
Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO
Modalidade: 70/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL
Processo Nº: 0/2018 **Empenho:** 18561/2018 - 21/11/2018
Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE **Ficha Nº 756** **Dest. Recurso** 053000039

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902
Unidade Orçamentaria 11503 MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
Validade CONFORME EDITAL
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO **Prazo de Pagto** 10 (DEZ) DIAS APÓS NOTA FISCAL
Garantia .
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE DISTRIBUIÇÃO, USO INTERNO E DE AÇÕES JUDICIAIS.
Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.
Nº Contrato 175 / 2018

Responsável **sa-giseletrans**

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
031	10000	COM	022.004.00233/SINVASTATINA 20 MG COMPRIMIDO; CÓDIGO BEC: 284297 SINVASTON	0,0500	500,00

Pedido 6015/2018	Total	500,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	500,00

(QUINHENTOS REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Novembro de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 6016/2018
Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO
Modalidade: 70/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL
Processo Nº: 0/2018 **Empenho:** 18566/2018 - 21/11/2018
Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE **Ficha Nº 1030 Dest. Recurso** 023000069

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902
Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA
Validade CONFORME EDITAL
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 10 (DEZ) DIAS APÓS NOTA FISCAL
Garantia .
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE DISTRIBUIÇÃO, USO INTERNO E DE AÇÕES JUDICIAIS.
Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.
Nº Contrato 175 / 2018

Responsável **sa-giseletrans**

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
017	1000	AMP	022.004.00116/CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA 10 MG. AMPOLA COM 2 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 110930 NOPROSIL	0,2500	250,00
034	1500	AMP	022.004.00244/DEXAMETASONA 4MG AMPOLA COM 2,5ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 480487 FARMACE (G)	0,5200	780,00

Pedido 6016/2018	Total	1.030,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	1.030,00

(UM MIL E TRINTA REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Novembro de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 6017/2018
Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT
Modalidade: 70/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL
Processo Nº: 0/2018 **Empenho:** 18590/2018 - 21/11/2018
Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

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

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902
Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Validade CONFORME EDITAL
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 10 (DEZ) DIAS APÓS NOTA FISCAL
Garantia .
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE DISTRIBUIÇÃO, USO INTERNO E DE AÇÕES JUDICIAIS.
Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.
Nº Contrato 175 / 2018

Responsável **sa-giseletrans**

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

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

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

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
129	300000	COM	100.002.00190/ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100 MG; COMPRIMIDOS TAMPONADOS; CÓDIGO BEC: 103187 SOMALGIN	0,1500	45.000,00
114	51000	COM	100.002.00132/ÁCIDO FÓLICO 5MG. CÓDIGO BEC: 103292 FOLIFOLIN	0,0320	1.632,00
058	30000	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 OSTEOFORM	0,2000	6.000,00
089	2000	FR	100.002.00074/AMBROXOL, CLORIDRATO 15 MG/5 ML XAROPE, 120 ML. CÓDIGO BEC: 504343 FARMACE (G)	1,6500	3.300,00



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: **6017/2018**

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

Modalidade: 70/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 0/2018 Empenho: 18590/2018 - 21/11/2018

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
101	50000	COM	100.002.00095/BESILATO DE ANLODIPINO 5 MG. CÓDIGO BEC: 284220 BESILAPIN	0,0210	1.050,00
166	50000	COM	100.002.00325/ CLORIDRATO DE FLUOXETINA 20 MG APRESENTAÇÃO COMPRIMIDO- VALIDADE MINIMA 12 MESES - PORTARIA 344/98 C1. CÓDIGO BEC: 223093 MEDQUIMICA (G)	0,0600	3.000,00
186	16000	COM	100.002.00462/DOXAZOSINA 2MG COMPRIMIDO VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 398934 E.M.S (G)	0,1140	1.824,00
093	15000	COM	100.002.00082/ESPIRONOLACTONA 25 MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 122947 E.M.S (G)	0,1400	2.100,00
169	40000	COM	100.002.00352/FENITOINA 100MG COMPRIMIDOS. VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 484466 HIPOLABOR (G)	0,1900	7.600,00
151	3000	COM	100.002.00246/FLUCONAZOL 150MG. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 364118 MEDQUIMICA (G)	0,3200	960,00
152	4500	COM	100.002.00250/NORFLOXACINA 400MG. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 108995 FLOXIMED	0,2450	1.102,50
156	100000	COM	100.002.00258/PENTOXIFILINA 400 MG. COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA, REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE, VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 108839 E.M.S (G)	0,5800	58.000,00
079	32500	COM	100.002.00037/PREDNISONA 5MG. VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 487007 SANVAL (G)	0,0690	2.242,50
148	43000	COM	100.002.00234/SINVASTATINA 40MG (COMPRIMIDO). CÓDIGO BEC: 1539302 E.M.S (G)	0,1100	4.730,00

Pedido 6017/2018

Total

Descontos (-)

138.541,00

0,00



Nº Pedido de Compra: 6017/2018

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

Modalidade: 70/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 0/2018 **Empenho:** 18590/2018 - 21/11/2018

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item N°	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
				Impostos (+)	0,00
				Valor	138.541,00

(CENTO E TRINTA E OITO MIL E QUINHENTOS E QUARENTA E UM REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Novembro de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 6018/2018
Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO
Modalidade: 70/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL
Processo Nº: 0/2018 **Empenho:** 18560/2018 - 21/11/2018
Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE **Ficha Nº 756** **Dest. Recurso** 053000039

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902
Unidade Orçamentaria 11503 MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
Validade CONFORME EDITAL
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO **Prazo de Pagto** 10 (DEZ) DIAS APÓS NOTA FISCAL
Garantia .
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE DISTRIBUIÇÃO, USO INTERNO E DE AÇÕES JUDICIAIS.
Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Responsável sa-giseletrans

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	45000	COM	022.004.00271/ACIDO VALPROICO 250 MG CAPSULA; DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA IMPRESSOS NA EMBALAGEM DO MEDICAMENTO; LOTE E VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM PRIMARIA E SECUNDARIA DO MEDICAMENTO; REGISTRO EM VIGOR NO MINISTERIO DA SAUDE E ANVISA; VALIDADE MINIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 307149 ABBOTT	0,1790	8.055,00

Pedido 6018/2018	Total	8.055,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	8.055,00

(OITO MIL E CINQUENTA E CINCO REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Novembro de 2018

DEBORA FERRAZ CARVALHO
CHEFE DO SETOR DE LICITAÇÕES

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ADMINIS



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 6019/2018
Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT
Modalidade: 70/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL
Processo Nº: 0/2018 **Empenho:** 18591/2018 - 21/11/2018
Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

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 EDITAL
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 10 (DEZ) DIAS APÓS NOTA FISCAL
Garantia .
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE DISTRIBUIÇÃO, USO INTERNO E DE AÇÕES JUDICIAIS.
Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Responsável **sa-giseletrans**

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
118	900	COM	100.002.00146/LEVODOPA 100 MG + BENSERAZIDA 25 MG COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO LENTA. CÓDIGO BEC: 4048032 ROCHE	1,3350	1.201,50
119	3000	COM	100.002.00147/LEVODOPA 100 MG + BENSERAZIDA 25 MG COMPRIMIDO DISPERSÍVEL. CÓDIGO BEC: 4048059 ROCHE	1,3350	4.005,00

Pedido 6019/2018 Total 5.206,50
Descontos (-) 0,00
Impostos (+) 0,00
Valor 5.206,50

(CINCO MIL E DUZENTOS E SEIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Novembro de 2018

DEBORA FERRAZ CARVALHO
CHEFE DO SETOR DE LICITAÇÕES

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ADMINIS



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 6020/2018
Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO
Modalidade: 70/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL
Processo Nº: 0/2018 **Empenho:** 18565/2018 - 21/11/2018
Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor	11109	CIRURGICA ONIX - EIRELLI - ME	
Nome Fantasia		CIRURGICA ONIX	
Endereço	RUA TOVAÇU, 1220		Bairro VILA TRIÂNGULO
Cidade	ARAPONGAS		Estado PR
CEP	86702-590		Nº Telefone (017) 99252-7017
C.P.F / C.N.P.J. Nº	20.419.709/0001-33		Nº Fax ()
Inscr. Estadual			Inscr. Municipal
e-mail	cirurgicaonix@hotmail.com		

Local de Entrega ALMOXARIFADO SAÚDE **Ficha Nº 1030** **Dest. Recurso** 023000069

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902
Unidade Orçamentaria 11502 ATENÇÃO BÁSICA
Validade CONFORME EDITAL
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 10 (DEZ) DIAS APÓS NOTA FISCAL
Garantia .
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE DISTRIBUIÇÃO, USO INTERNO E DE AÇÕES JUDICIAIS.
Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Responsável **sa-giseletrans**

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	150	AMP	022.004.00114/AMINOFILINA 240 MG 10ML INJETÁVEL. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 106186 HIPOLABOR	0,7420	111,30
041	150	FR	022.004.00286/BROMETO DE IPRATRÓPIO SOLUÇÃO INALANTE 0,25 MG/ML - FRS - VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 110167 HIPOLABOR	0,7580	113,70
042	300	AMP	022.004.00289/BROMOPRIDA 10MG INJETÁVEL AMPOLA 2ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 183750 WASSER	1,7500	525,00
028	600	AMP	022.004.00228/DICLOFENACO SÓDICO 75 MG/3ML. AMPOLA COM 3 ML. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 103390 FARMACE	0,5370	322,20
035	300	AMP	022.004.00247/FRUTOSE, VITAMINA C, COMPLEXO B, AMPOLA COM 10 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 3178714 CRISTALIA	4,3000	1.290,00

Pedido 6020/2018	Total	2.362,20
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00



Nº Pedido de Compra: 6020/2018
Categoria Econômica: 3.3.90.30.09 - MATERIAL DE CONSUMO
Modalidade: 70/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL
Processo Nº: 0/2018 **Empenho:** 18565/2018 - 21/11/2018
Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
				Valor	2.362,20

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

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Novembro de 2018

DEBORA FERRAZ CARVALHO
CHEFE DO SETOR DE LICITAÇÕES

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ADMINIS



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 6021/2018
Categoria Econômica: 3.3.90.32.00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUIT
Modalidade: 70/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL
Processo Nº: 0/2018 **Empenho:** 18592/2018 - 21/11/2018
Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fornecedor 11109 CIRURGICA ONIX - EIRELLI - ME
Nome Fantasia CIRURGICA ONIX
Endereço RUA TOVAÇU, 1220 Bairro VILA TRIÂNGULO
Cidade ARAPONGAS Estado PR
CEP 86702-590 Nº Telefone (017) 99252-7017
C.P.F / C.N.P.J. Nº 20.419.709/0001-33 Nº Fax ()
Inscr. Estadual Inscr. Municipal
e-mail cirurgicaonix@hotmail.com

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

Endereço AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520, JD. VILA EDWIRGES, CEP 13874-902
Unidade Orçamentaria 11505 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Validade CONFORME EDITAL
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto 10 (DEZ) DIAS APÓS NOTA FISCAL
Garantia .
Objeto AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE DISTRIBUIÇÃO, USO INTERNO E DE AÇÕES JUDICIAIS.
Aplicação DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

Responsável **sa-giseletrans**

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
109	500	FR	100.002.00111/ÁCIDO VALPRÓICO 250MG/5ML LÍQUIDO FR. COM 100 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 119440 HIPOLABOR Obs: 1	2,8160	1.408,00
170	80	FR	100.002.00355/BROMETO DE FENOTEROL 5MG/ML. SOLUÇÃO ORAL GOTAS. FRASCO COM 20 ML. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 110663 HIPOLABOR Obs: 2	3,6000	288,00
161	500	FR	100.002.00290/BROMOPRIDA 4 MG/ML SOLUÇÃO ORAL, 20 ML. CÓDIGO BEC: 161241 PHARLAB Obs: 3	0,9600	480,00

Pedido 6021/2018	Total	2.176,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00
	Valor	2.176,00



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 6021/2018

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

Modalidade: 70/2018 - PR-G PREGAO PRESENCIAL

Processo Nº: 0/2018 **Empenho:** 18592/2018 - 21/11/2018

Vínculo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

(DOIS MIL E CENTO E SETENTA E SEIS REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Novembro de 2018

DEBORA FERRAZ CARVALHO
CHEFE DO SETOR DE LICITAÇÕES

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ADMINIS



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 6022/2018
Categoria Econômica: 3.3.90.30.24 - MATERIAL DE CONSUMO
Modalidade: IS-C DISPENSA DE LICITAÇÃO / COMPRAS / SERVIÇOS
Processo Nº: 5850/2018 **Empenho:** 18682/2018 - 22/11/2018
Vínculo: ORDINÁRIO

Fornecedor	864	CIMENTOLANDIA COM. E REPR. MAT. DE CONSTRUÇÃO LTDA
Nome Fantasia		CIMENTOLÂNDIA
Endereço	AV. ADEMIR GOMES DE LIMA, 547	Bairro DIST. INDUSTRIAL
Cidade	SÃO JOÃO DA BOA VISTA	Estado SP
CEP	13877-750	Nº Telefone (019) 3636-2121
C.P.F / C.N.P.J. Nº	61.562.302/0001-48	Nº Fax ()
Inscr. Estadual		Inscr. Municipal
e-mail	targelia.costa@cimentolandia.com.br,barbara.paroli	

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

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122
Unidade Orçamentaria 10801 GABINETE DO DIRETOR-SERV. OBRAS E INFRAESTRUTURA
Validade SESSENTA DIAS
Prazo Entrega ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO Prazo de Pagto VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL
Garantia .
Objeto MATERIAL PARA SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO GERAL DE VIAS URBANAS E RURAL
Aplicação DEPTO DE SERVIÇOS, OBRAS E INFRAESTRUTURA
Nº Requisição 6600/2018

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	500	SC	004.002.00039/CIMENTO PORTLAND COMPOSTO (CP II-E); COMPOSTO DE ESCÓRIA GRANULADA DE ALTO FORNO; COM RESISTÊNCIA DE 32 MPA; FAIXA DE PORCENTAGEM EM PESO DE CLINQUER+SULF.CALCIO 94-56%; E FAIXA DE PORCENTAGEM EM PESO DE ESCÓRIA DE 6-34%; COM FAIXA DE PORCENTAGEM DE MATERIAL CARBONATICO DE 0-10%; EMBALAGEM EM SACOS DE PAPEL TIPO "KRAFT"; COM LIMITE DE PORCENTAGEM DE RESÍDUO INSOLÚVEL MENOR OU IGUAL A 2, 5%; COM LIMITE DE PORCENTAGEM DE PERDA AO FOGO MENOR OU IGUAL A 6,5%; COM LIMITE DE PORCENTAGEM DE ÓXIDO DE MAGNÉSIO MENOR OU IGUAL A 6,5%; COM LIMITE DE PORCENTAGEM DE TRIÓXIDO DE ENXOFRE MENOR OU IGUAL A 4%; COM LIMITE DE PORCENTAGEM DE ANIDRIDO CARBÔNICO MENOR OU IGUAL A 5%; COM LIMITE DE TEMPO DE FIM DE PEGA MENOR OU IGUAL A 10 HORAS; LIMITE DE EXPANSIBILIDADE A FRIO/QUENTE MENOR OU IGUAL A 5 MM; LIMITE DE TEMPO DE INÍCIO DE PEGA MENOR OU IGUAL A 1 HORA; NORMATIZAÇÃO CONFORME NBR 11578, EB 208, MB-1153. APRESENTAÇÃO: SACO DE 50 KG. -	23,4000	11.700,00

Pedido 6022/2018	Total	11.700,00
	Descontos (-)	0,00
	Impostos (+)	0,00



Pedido de Compra 5999/2018 - 0

Nº Pedido de Compra: 6022/2018

Categoria Econômica: 3.3.90.30.24 - MATERIAL DE CONSUMO

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

Processo Nº: 5850/2018 **Empenho:** 18682/2018 - 22/11/2018

Vínculo: ORDINÁRIO

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

Valor

11.700,00

(ONZE MIL E SETECENTOS REAIS)

SAO JOAO DA BOA VISTA, 14 de Novembro de 2018

RENATA ALEIXO DE CARVALHO
CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO
DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ADMINIS