

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

SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP

CNPJ: 46.429.379/0001-50

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO - SETORES DE COMPRAS, LICITAÇÕES E CONTRATOS

Data: 03/01/2022 08:15:56

Emitido por: giovana.pereira

Página 1 / 20

Sistema CECAM

PEDIDO DE COMPRA

Pedido de Compra: 4299/2021
Modalidade: CONTRATAÇÃO DIRETA - DISPENSA DE LICITAÇÃO
Proc. Adm.: 5256/2021
Aplicação: Corpo de Bombeiros
Justificativa: Aquisição de Pás de Desfibrilador Portátil
Tipo de Objeto: COMPRAS E SERVIÇOS
Objeto: OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO

Data: 27/12/2021
NºAno: 840

Nome/Razão Social: 12912 - L&M EQUIPAMENTOS HOSPITALARES LTDA
CPF/CNPJ: 08.848.018/0001-50
Endereço: ABRAO BOAINAIN, 352 - NOVA RIBEIRANIA - RIBEIRAO PRETO - SP - 14096-700
Telefone: (16)3917-2620
E-mail: vendas@hcenterhospitalar.com.br

Local de Entrega/Serviço: ALMOXARIFADO SAÚDE
Endereço: AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - JD. VILA EDWIRGES - SAO JOAO DA BOA VISTA - SAO PAULO - 138
Prazo de Entrega: A PRAZO - 20 DIAS CORRIDOS - ATÉ VINTE DIAS APÓS EMPENHO
Condição de Pagamento: A PRAZO - 20 DIAS CORRIDOS - ATÉ VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL
Responsável: Giovana
Observação:

Os Materiais/Serviços que não estiverem de 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
CNPJ: 46.429.379/0001-50
Endereço: RUA MARECHAL DEODORO, CENTRO - São João da Boa Vista - SP
Nº Telefone: (19)3634-8010

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

Centro de Custo: 01.08.05.0750 - PODER EXECUTIVO - DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS, OBRAS E INFRAESTRUTURA - CORPO DE BOMBEIROS - CORPO DE BOMBEIROS - GERAL

Produto/Serviço	U.M.	Qtd.	Vi. Unit.	Vi. Bruto	Desconto	Imposto	Vi. Líquido
022.002.00548 - PÁS DE CHOQUE ADESIVAS ADULTO - CONECTOR DESCRIÇÃO: PÁS DE CHOQUE ADESIVAS ADULTO - CONECTOR 4 VIAS - COMPATÍVEL COM DESFIBRILADOR DEA CMOS DRAKE FUTURA LIFE 400 (REFERÊNCIA F7988W)	UN	5,00	400,0000	2.000,00	0,00	0,00	2.000,00
022.002.00549 - PÁS DE CHOQUE ADESIVAS INFANTIL - CONECT DESCRIÇÃO: PÁS DE CHOQUE ADESIVAS INFANTIL - CONECTOR 4 VIAS - COMPATÍVEL COM DESFIBRILADOR DEA CMOS DRAKE FUTURA LIFE 400 (REFERÊNCIA F7988W)	UN	2,00	400,0000	800,00	0,00	0,00	800,00

Ficha	Dotação Orçamentária	Dest. Recurso	Categoria Econômica	Valor
236	01.08.05.06.182.0004.2005.3.3.90.30.00	01.110.0000	3.3.90.30.36 - MATERIAL HOSPITALAR	2.800,00

Total por Centro de Custo: 2.800,00

Total Geral: 2.800,00

(Dois mil e oitocentos reais)

São João da Boa Vista, 28 de dezembro de 2021

Izabela Silva Ferreira
Chefe do Setor de Licitações em Substituição

Thamires Cristina Montiel Maciel
Diretora do Dpto. de Administração



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP

CNPJ: 46.429.379/0001-50

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO - SETORES DE COMPRAS, LICITAÇÕES E CONTRATOS

Data: 03/01/2022 08:15:56

Emitido por: giovana.pereira

Página 2 / 20

Sistema CECAM

PEDIDO DE COMPRA

Pedido de Compra: 4300/2021 **Data:** 27/12/2021
Modalidade: CONTRATAÇÃO DIRETA - DISPENSA DE LICITAÇÃO **Nº/Ano:** 841
Proc. Adm.: 5257/2021
Aplicação: DEPTO DE SAÚDE
Justificativa: AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA ATENDIMENTO DE DEMANDA JUDICIAL, PACIENTE GUILHERME BIANCHETTI, PROCESSO DIGITAL 1003014-61.20216.8.26.0568
Tipo de Objeto: COMPRAS E SERVIÇOS
Objeto: MEDICAMENTOS

Nome/Razão Social: 1288 - BRUNO & ZAN DROGARIA LTDA
CPF/CNPJ: 59.766.253/0001-13
Endereço: RUA MARECHAL DEODORO, 366 - CENTRO - SAO JOAO DA BOA VISTA - SP - 13870-223
Telefone: (36)2230-1200
E-mail: farmaciadrogafani@bol.com.br

Local de Entrega/Serviço: ALMOXARIFADO SAÚDE
Endereço: AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - JD. VILA EDWIRGES - SAO JOAO DA BOA VISTA - SAO PAULO - 138
Prazo de Entrega: A PRAZO - 20 DIAS CORRIDOS - ATÉ VINTE DIAS APÓS EMPENHO
Condição de Pagamento: A PRAZO - 20 DIAS CORRIDOS - ATÉ VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL
Responsável: Giovana
Observação:

Os Materiais/Serviços que não estiverem de 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
CNPJ: 46.429.379/0001-50
Endereço: RUA MARECHAL DEODORO, CENTRO - São João da Boa Vista - SP
Nº Telefone: (19)3634-8010

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

Centro de Custo: 01.15.05.1000 - PODER EXECUTIVO - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - GERAL

Produto/Serviço	U.M.	Qtd.	Vi. Unit.	Vi. Bruto	Desconto	Imposto	Vi. Líquido
100.002.00737 - COLECALCIFEROL 10.000 UI	CAP	4,00	9,1000	36,40	0,00	0,00	36,40
DESCRIÇÃO: COLECALCIFEROL 10.000 UI OBSERVAÇÃO: ADDERA D3 (MANTECORP FARMASA)							

Ficha	Dotação Orçamentária	Dest. Recurso	Categoria Econômica	Valor
921	01.15.05.10.301.0010.2301.3.3.90.30.00	01.310.0000	3.3.90.30.37 - MEDICAMENTOS FORNECIDOS POR DECISÃO JUDICIAL	36,40
Total por Centro de Custo:				36,40
Total Geral:				36,40

(Trinta e seis reais e quarenta centavos)

São João da Boa Vista, 28 de dezembro de 2021

Izabela Silva Ferreira
Chefe do Setor de Licitações em Substituição

Thamires Cristina Montiel Maciel
Diretora do Dpto. de Administração



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP

CNPJ: 46.429.379/0001-50

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO - SETORES DE COMPRAS, LICITAÇÕES E CONTRATOS

Data: 03/01/2022 08:15:56

Emitido por: giovana.pereira

Página 3 / 20

Sistema CECAM

PEDIDO DE COMPRA

Pedido de Compra: 4301/2021 **Data:** 27/12/2021
Modalidade: CONTRATAÇÃO DIRETA - DISPENSA DE LICITAÇÃO **Nº/Ano:** 842
Proc. Adm.: 5258/2021
Aplicação: DEPTO DE SAÚDE
Justificativa: AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA ATENDIMENTO DE DEMANDA JUDICIAL, PACIENTE GUILHERME BIANCHETTI, PROCESSO DIGITAL 1003014-61.20216.8.26.0568
Tipo de Objeto: COMPRAS E SERVIÇOS
Objeto: MEDICAMENTOS

Nome/Razão Social: 12544 - FARMACIA HOMEOPATICA HOMEOCENTER EIRELI
CPF/CNPJ: 65.567.935/0001-08
Endereço: FLORENCIO DE ABREU, 1112 - CENTRO - RIBEIRAO PRETO - SP - 14015-060
Telefone: (16)2101-5497
E-mail: atendimento@homeocenter.com.br

Local de Entrega/Serviço: ALMOXARIFADO SAÚDE
Endereço: AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - JD. VILA EDWIRGES - SAO JOAO DA BOA VISTA - SAO PAULO - 138
Prazo de Entrega: A PRAZO - 20 DIAS CORRIDOS - ATÉ VINTE DIAS APÓS EMPENHO
Condição de Pagamento: A PRAZO - 20 DIAS CORRIDOS - ATÉ VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL
Responsável: Giovana
Observação:

Os Materiais/Serviços que não estiverem de 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
CNPJ: 46.429.379/0001-50
Endereço: RUA MARECHAL DEODORO, CENTRO - São João da Boa Vista - SP
Nº Telefone: (19)3634-8010

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

Centro de Custo: 01.15.05.1000 - PODER EXECUTIVO - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - GERAL

Produto/Serviço	U.M.	Qtd.	Vi. Unit.	Vi. Bruto	Desconto	Imposto	Vi. Líquido
022.004.00625 - PINETONINA 30%; SOLUÇÃO NASAL BASE 10ML DESCRIÇÃO: PINETONINA 30%; SOLUÇÃO NASAL BASE 10ML OBSERVAÇÃO: FRASCOS SPRAYS 10 ML	FR	2	72,5000	145,00	0,00	0,00	145,00
022.004.00699 - ENZIMA DIGESTIVA: PROTEASE 4 100 MG; PANCREATINA DESCRIÇÃO: ENZIMA DIGESTIVA: PROTEASE 4 100 MG; PANCREATINA 100 MG; BETAÍNA 50 MG	CAP	20,00	1,8050	36,10	0,00	0,00	36,10

Ficha	Dotação Orçamentária	Dest. Recurso	Categoria Econômica	Valor
921	01.15.05.10.301.0010.2301.3.3.90.30.00	01.310.0000	3.3.90.30.37 - MEDICAMENTOS FORNECIDOS POR DECISÃO JUDICIAL	181,10

Total por Centro de Custo: 181,10

Total Geral: 181,10

(Cento e oitenta e um reais e dez centavos)

São João da Boa Vista, 28 de dezembro de 2021

Izabela Silva Ferreira

Chefe do Setor de Licitações em Substituição

Thamires Cristina Montiel Maciel

Diretora do Dpto. de Administração



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP

CNPJ: 46.429.379/0001-50

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO - SETORES DE COMPRAS, LICITAÇÕES E CONTRATOS

Data: 03/01/2022 08:15:56

Emitido por: giovana.pereira

Página 4 / 20

Sistema CECAM

PEDIDO DE COMPRA

Pedido de Compra: 4302/2021 **Data:** 27/12/2021
Modalidade: CONTRATAÇÃO DIRETA - DISPENSA DE LICITAÇÃO **Nº/Ano:** 843
Proc. Adm.: 5259/2021
Aplicação: DEPTO DE SAÚDE
Justificativa: AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA ATENDIMENTO DE DEMANDA JUDICIAL, PACIENTE GUILHERME BIANCHETTI, PROCESSO DIGITAL 1003014-61.20216.8.26.0568
Tipo de Objeto: COMPRAS E SERVIÇOS
Objeto: MEDICAMENTOS

Nome/Razão Social: 10568 - CEDRONI AQUARIUS FARMACIA DE MANIPULAÇÃO LTDA - EPP
CPF/CNPJ: 11.743.485/0001-20
Endereço: ACLIMACAO, 232 - ACLIMACAO - SAO PAULO - SP - 01531-000
Telefone: (11)2148-0455
E-mail: farmacia@cedroni.com.br

Local de Entrega/Serviço: ALMOXARIFADO SAÚDE
Endereço: AV. DR OSCAR PIRAJÁ MARTINS, 1520 - JD. VILA EDWIRGES - SAO JOAO DA BOA VISTA - SAO PAULO - 138
Prazo de Entrega: A PRAZO - 20 DIAS CORRIDOS - ATÉ VINTE DIAS APÓS EMPENHO
Condição de Pagamento: A PRAZO - 20 DIAS CORRIDOS - ATÉ VINTE DIAS APÓS NOTA FISCAL
Responsável: Giovana
Observação:

Os Materiais/Serviços que não estiverem de 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
CNPJ: 46.429.379/0001-50
Endereço: RUA MARECHAL DEODORO, CENTRO - São João da Boa Vista - SP
Nº Telefone: (19)3634-8010

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

Centro de Custo: 01.15.05.1000 - PODER EXECUTIVO - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - GERAL

Produto/Serviço	U.M.	Qtd.	Vi. Unit.	Vi. Bruto	Desconto	Imposto	Vi. Líquido
022.004.00690 - LACTOBACILLUS RHAMNOSUS 5 BI CFU DESCRIÇÃO: LACTOBACILLUS RHAMNOSUS 5 BI CFU	CAP	60,00	1,4333	86,00	0,00	0,00	86,00
100.002.00665 - OMEGA 3 DHA 500MG NATURALIS DESCRIÇÃO: OMEGA 3 DHA 500MG NATURALIS, EQUAZEN OU EQUALIV OBSERVAÇÃO: NATURALIS	CAP	60,00	2,0833	125,00	0,00	0,00	125,00
100.001.00139 - VITA 1000 UI QSP 10 ML DESCRIÇÃO: VITA 1000 UI, ACIDO ASCÓRBICO TAMPONADO 1000 MG, BACOPA 250 MG, VIT K2 40 MCG, D3 1000 UI, ALFA TOCOFEROL 400 UI, P5P 50 MG, METHYLFOLATO 1000 MCG, ACIDO FOLINICO 1000MCG, DMG 100 MG, MAGNÉSIO QUELADO 200MG, CLORETO DE POTÁSSIO 40 MG, L-TEANINA 400 MG, 5 HTP 100 MG, GABA 2000 MG, ASHWAGANDA 300 MG, ZINCOALBION 50 MG, SELENIOMETIONINA 100 MCG, CROMO QUELATO 100 MCG - QSP 10 ML OBSERVAÇÃO: FRASCO DE 330 ML- SABOR MORANGO	FR	1	386,0000	386,00	0,00	0,00	386,00

Ficha	Dotação Orçamentária	Dest. Recurso	Categoria Econômica	Valor
921	01.15.05.10.301.0010.2301.3.3.90.30.00	01.310.0000	3.3.90.30.37 - MEDICAMENTOS FORNECIDOS POR DECISÃO JUDICIAL	597,00
Total por Centro de Custo:				597,00
Total Geral:				597,00

(Quinhentos e noventa e sete reais)

São João da Boa Vista, 28 de dezembro de 2021



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP

CNPJ: 46.429.379/0001-50

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO - SETORES DE COMPRAS, LICITAÇÕES E
CONTRATOS

Data: 03/01/2022 08:15:56

Emitido por: giovana.pereira

Página 5 / 20

Sistema CECAM

PEDIDO DE COMPRA

Izabela Silva Ferreira

Chefe do Setor de Licitações em Substituição

:

Thamires Cristina Montiel Maciel

Diretora do Dpto. de Administração

:



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP

CNPJ: 46.429.379/0001-50

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO - SETORES DE COMPRAS, LICITAÇÕES E CONTRATOS

Data: 03/01/2022 08:15:56

Emitido por: giovana.pereira

Página 6 / 20

Sistema CECAM

PEDIDO DE COMPRA

Pedido de Compra: 4303/2021
Modalidade: PREGÃO ELETRÔNICO
Proc. Adm.: 12337/2021
Aplicação: DMS
Justificativa:
Proc. de Pagamento: 5238/2021
Tipo de Objeto: COMPRAS E SERVIÇOS
Objeto: MEDICAMENTOS

Data: 27/12/2021
Nº/Ano: 109/2021

Nome/Razão Social: 10398 - MANZATOS FARMA EIRELI - ME
CPF/CNPJ: 17.756.574/0001-97
Endereço: RUA SANTO ANTONIO, 1610 - CENTRO - MIRASSOL - SP - 15130-000
Telefone: (17)3243-1641
E-mail: manzatosfarma@gmail.com

Local de Entrega/Serviço: CONFORME EDITAL
Endereço: CONFORME EDITAL - CONFORME EDITAL - SAO JOAO DA BOA VISTA - SAO PAULO - 00000-002
Prazo de Entrega: A PRAZO - 10 DIAS CORRIDOS - ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO
Condição de Pagamento: A PRAZO - 10 DIAS ÚTEIS - DO MÊS SUBSEQUENTE
Responsável: Izabela
Observação:

Os Materiais/Serviços que não estiverem de 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
CNPJ: 46.429.379/0001-50
Endereço: RUA MARECHAL DEODORO, CENTRO - São João da Boa Vista - SP
Nº Telefone: (19)3634-8010

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

Centro de Custo: 01.15.02.1110 - PODER EXECUTIVO - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - ATENÇÃO BÁSICA - ATENÇÃO BÁSICA - GERAL

Produto/Serviço	U.M.	Qtd.	Vi. Unit.	Vi. Líquido
022.004.00332 - DESLANOSIDO 0,2 MG/ML AMP. COM 2 ML. VAL DESCRIÇÃO: DESLANOSIDO 0,2 MG/ML AMP. COM 2 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 108570	AMP	50	2,2600	113,00
022.004.00439 - CLORETO DE SÓDIO 20% INJETÁVEL AMPOLA. V DESCRIÇÃO: CLORETO DE SÓDIO 20% INJETÁVEL AMPOLA. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 480509	AMP	100	0,7200	72,00
022.004.00464 - CLORPROMAZINA 25MG INJ. AMP. 5 ML VALIDA DESCRIÇÃO: CLORPROMAZINA 25MG INJ. AMP. 5 ML VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 108910	AMP	100	2,3600	236,00
022.004.00013 - CLORIDRATO DE TETRACAÍNA 1% + CLORIDRATO DESCRIÇÃO: 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	FR	5	11,3600	56,80
022.004.00178 - RIFAMICINA SV SODICA 10MG/ML SPRAY FRASC DESCRIÇÃO: RIFAMICINA SV SODICA 10MG/ML SPRAY FRASCO COM 20 ML. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 158259	FR	100	13,1700	1.317,00
022.004.00041 - SORO GLICOSADO COM 500 ML. EMBALAGEM IN DESCRIÇÃO: SORO GLICOSADO COM 500 ML. EMBALAGEM INDIVIDUAL COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA. EMBALAGEM FRASCO/BOLSA FLEXÍVEIS DE PVC EM SISTEMA FECHADO. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 2021404	FR	50	10,0000	500,00
022.004.00104 - FIBRINOLISINA + DESOXIRRIBONUCLEASE + CL DESCRIÇÃO: FIBRINOLISINA + DESOXIRRIBONUCLEASE + CLORANFENICOL TUBO COM 30 GR. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES. CÓDIGO BEC: 254630	TUB	30	48,5500	1.456,50

Ficha	Dotação Orçamentária	Dest. Recurso	Categoria Econômica	Valor
1144	01.15.02.10.301.0010.2301.3.3.90.30.00	02.300.0069	3.3.90.30.09 - MATERIAL FARMACOLÓGICO	3.751,30
Total por Centro de Custo:				3.751,30
Total Geral:				3.751,30



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP

CNPJ: 46.429.379/0001-50

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO - SETORES DE COMPRAS, LICITAÇÕES E
CONTRATOS

Data: 03/01/2022 08:15:56

Emitido por: giovana.pereira

Página 7 / 20

Sistema CECAM

PEDIDO DE COMPRA

(Três mil e setecentos e cinquenta e um reais e trinta centavos)

São João da Boa Vista, 28 de dezembro de 2021

Izabela Silva Ferreira

Chefe do Setor de Licitações em Substituição

:

Thamires Cristina Montiel Maciel

Diretora do Dpto. de Administração

:

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

SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP

CNPJ: 46.429.379/0001-50

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO - SETORES DE COMPRAS, LICITAÇÕES E CONTRATOS

Data: 03/01/2022 08:15:56

Emitido por: giovana.pereira

Página 8 / 20

Sistema CECAM

PEDIDO DE COMPRA

Pedido de Compra: 4304/2021
Modalidade: PREGÃO ELETRÔNICO
Proc. Adm.: 12337/2021
Aplicação: DMS
Justificativa:
Proc. de Pagamento: 5239/2021
Tipo de Objeto: COMPRAS E SERVIÇOS
Objeto: MEDICAMENTOS

Data: 27/12/2021
Nº/Ano: 109/2021

Nome/Razão Social: 12918 - MEDIC LIFE DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS EIRELI
CPF/CNPJ: 31.030.858/0001-22
Endereço: R LUIZ CIRIMBELLI, 1659 - IMIGRANTES - TURVO - SC - 88930-000
Telefone: (48)3525-3498
E-mail:

Local de Entrega/Serviço: CONFORME EDITAL
Endereço: CONFORME EDITAL - CONFORME EDITAL - SAO JOAO DA BOA VISTA - SAO PAULO - 00000-002
Prazo de Entrega: A PRAZO - 10 DIAS CORRIDOS - ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO
Condição de Pagamento: A PRAZO - 10 DIAS ÚTEIS - DO MÊS SUBSEQUENTE
Responsável: Izabela
Observação:

Os Materiais/Serviços que não estiverem de 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
CNPJ: 46.429.379/0001-50
Endereço: RUA MARECHAL DEODORO, CENTRO - São João da Boa Vista - SP
Nº Telefone: (19)3634-8010

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

Centro de Custo: 01.15.02.1110 - PODER EXECUTIVO - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - ATENÇÃO BÁSICA - ATENÇÃO BÁSICA - GERAL

Produto/Serviço	U.M.	Qtd.	Vi. Unit.	Vi. Líquido
022.004.00043 - SULFADIAZINA DE PRATA 1% , 50G. CÓDIGO B	TUB	400	7,9600	3.184,00
DESCRIÇÃO: SULFADIAZINA DE PRATA 1% , 50G. CÓDIGO BEC: 111414				

Ficha	Dotação Orçamentária	Dest. Recurso	Categoria Econômica	Valor
1144	01.15.02.10.301.0010.2301.3.3.90.30.00	02.300.0069	3.3.90.30.09 - MATERIAL FARMACOLÓGICO	3.184,00
Total por Centro de Custo:				3.184,00
Total Geral:				3.184,00

(Três mil e cento e oitenta e quatro reais)

São João da Boa Vista, 28 de dezembro de 2021

Izabela Silva Ferreira
Chefe do Setor de Licitações em Substituição

Thamires Cristina Montiel Maciel
Diretora do Dpto. de Administração



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP

CNPJ: 46.429.379/0001-50

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO - SETORES DE COMPRAS, LICITAÇÕES E CONTRATOS

Data: 03/01/2022 08:15:56

Emitido por: giovana.pereira

Página 9 / 20

Sistema CECAM

PEDIDO DE COMPRA

Pedido de Compra: 4305/2021
Modalidade: PREGÃO ELETRÔNICO
Proc. Adm.: 12337/2021
Aplicação: DMS
Justificativa:
Proc. de Pagamento: 5240/2021
Tipo de Objeto: COMPRAS E SERVIÇOS
Objeto: MEDICAMENTOS

Data: 27/12/2021
Nº/Ano: 109/2021

Nome/Razão Social: 13520 - SP HOSPITALAR LTDA
CPF/CNPJ: 27.817.504/0001-55
Endereço: PINHAL, 165 - JARDIM SABIA - COTIA - SP - 06716-575
Telefone: (11)4777-2159
E-mail: FINANCEIRO@SPHOSPITALAR.COM.BR

Local de Entrega/Serviço: CONFORME EDITAL
Endereço: CONFORME EDITAL - CONFORME EDITAL - SAO JOAO DA BOA VISTA - SAO PAULO - 00000-002
Prazo de Entrega: A PRAZO - 10 DIAS CORRIDOS - ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO
Condição de Pagamento: A PRAZO - 10 DIAS ÚTEIS - DO MÊS SUBSEQUENTE
Responsável: Izabela
Observação:

Os Materiais/Serviços que não estiverem de 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
CNPJ: 46.429.379/0001-50
Endereço: RUA MARECHAL DEODORO, CENTRO - São João da Boa Vista - SP
Nº Telefone: (19)3634-8010

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

Centro de Custo: 01.15.02.1110 - PODER EXECUTIVO - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - ATENÇÃO BÁSICA - ATENÇÃO BÁSICA - GERAL

Produto/Serviço	U.M.	Qtd.	Vi. Unit.	Vi. Líquido
022.004.00301 - CEFTRIAXONA 1G, INJETÁVEL, VIA DE ADMINI	FR	700	9,4000	6.580,00
DESCRIÇÃO: CEFTRIAXONA 1G, INJETÁVEL, VIA DE ADMINISTRAÇÃO INTRAMUSCULAR. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES; CÓDIGO BEC: 410390				

Ficha	Dotação Orçamentária	Dest. Recurso	Categoria Econômica	Valor
1144	01.15.02.10.301.0010.2301.3.3.90.30.00	02.300.0069	3.3.90.30.09 - MATERIAL FARMACOLÓGICO	6.580,00
Total por Centro de Custo:				6.580,00
Total Geral:				6.580,00

(Seis mil e quinhentos e oitenta reais)

São João da Boa Vista, 28 de dezembro de 2021

Izabela Silva Ferreira
Chefe do Setor de Licitações em Substituição

Thamires Cristina Montiel Maciel
Diretora do Dpto. de Administração

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA**

SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP

CNPJ: 46.429.379/0001-50

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO - SETORES DE COMPRAS, LICITAÇÕES E CONTRATOS

Data: 03/01/2022 08:15:56

Emitido por: giovana.pereira

Página 10 / 20

Sistema CECAM

PEDIDO DE COMPRA

Pedido de Compra: 4306/2021 **Data:** 27/12/2021
Modalidade: PREGÃO ELETRÔNICO **Nº/Ano:** 81/2021
Contrato: 153/2021
Proc. Adm.: 12425/2021
Aplicação: DMS
Justificativa: FORNECIMENTO PARCELADO DE MEDICAMENTOS PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
Proc. de Pagamento: 5261/21
Tipo de Objeto: COMPRAS E SERVIÇOS
Objeto: MEDICAMENTOS

Nome/Razão Social: 12289 - M & D COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
CPF/CNPJ: 33.315.644/0001-28
Endereço: AV ENGENHEIRO NEWTON FLAVIO SILVA PINTO, 2571 - PARQUE RESIDENCIAL CELINA DALUL - MIRASSOL - SP - 15133-002
Telefone: (17)2122-1938
E-mail: mdcomercialhospitalar@outlook.com

Local de Entrega/Serviço: CONFORME EDITAL
Endereço: CONFORME EDITAL - CONFORME EDITAL - SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SÃO PAULO - 00000-002
Prazo de Entrega: IMEDIATA - CONFORME CONTRATO
Condição de Pagamento: A PRAZO - 10 DIAS CORRIDOS - 10 (DEZ) DIAS APÓS NOTA FISCAL
Responsável: João
Observação:

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

Emitido para: PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
CNPJ: 46.429.379/0001-50
Endereço: RUA MARECHAL DEODORO, CENTRO - São João da Boa Vista - SP
Nº Telefone: (19)3634-8010

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

Centro de Custo: 01.15.05.1000 - PODER EXECUTIVO - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - GERAL

Produto/Serviço	U.M.	Qtd.	Vi. Unit.	Vi. Líquido
100.002.00230 - DOMPERIDONA 1 MG/ML SUSPENSÃO ORAL, 100 DESCRIÇÃO: DOMPERIDONA 1 MG/ML SUSPENSÃO ORAL, 100 ML. CÓDIGO BEC: 1185616	FR	300	8,9500	2.685,00

Ficha	Dotação Orçamentária	Dest. Recurso	Categoria Econômica	Valor
922	01.15.05.10.301.0010.2301.3.3.90.32.00	01.310.0000	3.3.90.32.02 - MEDICAMENTOS PARA USO DOMICILIAR	2.685,00

Total por Centro de Custo: 2.685,00

Total Geral: 2.685,00

(Dois mil e seiscentos e oitenta e cinco reais)

São João da Boa Vista, 28 de dezembro de 2021

Izabela Silva Ferreira
Chefe do Setor de Licitações em Substituição

Thamires Cristina Montiel Maciel
Diretora do Dpto. de Administração



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP

CNPJ: 46.429.379/0001-50

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO - SETORES DE COMPRAS, LICITAÇÕES E CONTRATOS

Data: 03/01/2022 08:15:56

Emitido por: giovana.pereira

Página 11 / 20

Sistema CECAM

PEDIDO DE COMPRA

Pedido de Compra: 4307/2021 **Data:** 27/12/2021
Modalidade: PREGÃO ELETRÔNICO **Nº/Ano:** 81/2021
Contrato: 155/2021
Proc. Adm.: 12425/2021
Aplicação: DMS
Justificativa: FORNECIMENTO PARCELADO DE MEDICAMENTOS PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
Proc. de Pagamento: 5262/21
Tipo de Objeto: COMPRAS E SERVIÇOS
Objeto: MEDICAMENTOS

Nome/Razão Social: 13564 - GRAZIELA VELANI ABUFARES COMERCIO DE MEDICAMENTOS EIRELI
CPF/CNPJ: 28.547.190/0001-80
Endereço: DOMINGOS FALAVINA, 1101 - JARDIM MUGNAINI - SAO JOSE DO RIO PRETO - SP - 15045-395
Telefone: (17)3219-9900
E-mail: MATHEUS@BIONATUS.COM.BR

Local de Entrega/Serviço: CONFORME EDITAL
Endereço: CONFORME EDITAL - CONFORME EDITAL - SAO JOAO DA BOA VISTA - SAO PAULO - 00000-002
Prazo de Entrega: IMEDIATA - CONFORME CONTRATO
Condição de Pagamento: A PRAZO - 10 DIAS CORRIDOS - 10 (DEZ) DIAS APÓS NOTA FISCAL
Responsável: João
Observação:

Os Materiais/Serviços que não estiverem de 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
CNPJ: 46.429.379/0001-50
Endereço: RUA MARECHAL DEODORO, CENTRO - São João da Boa Vista - SP
Nº Telefone: (19)3634-8010

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

Centro de Custo: 01.15.05.1000 - PODER EXECUTIVO - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - GERAL

Produto/Serviço	U.M.	Qtd.	VI. Unit.	VI. Líquido
100.002.00294 - CARBONATO DE CÁLCIO 500MG + COLECALCIFE	COMP	40000	0,1280	5.120,00
DESCRIÇÃO: CARBONATO DE CÁLCIO 500MG + COLECALCIFEROL 400 UI. VALIDADE MINIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 1854674				

Ficha	Dotação Orçamentária	Dest. Recurso	Categoria Econômica	Valor
922	01.15.05.10.301.0010.2301.3.3.90.32.00	01.310.0000	3.3.90.32.02 - MEDICAMENTOS PARA USO DOMICILIAR	5.120,00
Total por Centro de Custo:				5.120,00
Total Geral:				5.120,00

(Cinco mil e cento e vinte reais)

São João da Boa Vista, 28 de dezembro de 2021

Izabela Silva Ferreira

Chefe do Setor de Licitações em Substituição

Thamires Cristina Montiel Maciel

Diretora do Dpto. de Administração



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP

CNPJ: 46.429.379/0001-50

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO - SETORES DE COMPRAS, LICITAÇÕES E CONTRATOS

Data: 03/01/2022 08:15:56

Emitido por: giovana.pereira

Página 12 / 20

Sistema CECAM

PEDIDO DE COMPRA

Pedido de Compra: 4308/2021 **Data:** 27/12/2021
Modalidade: PREGÃO ELETRÔNICO **Nº/Ano:** 81/2021
Contrato: 156/2021
Proc. Adm.: 12425/2021
Aplicação: DMS
Justificativa: FORNECIMENTO PARCELADO DE MEDICAMENTOS PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
Proc. de Pagamento: 5263/21
Tipo de Objeto: COMPRAS E SERVIÇOS
Objeto: MEDICAMENTOS

Nome/Razão Social: 12399 - MEDSI DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA
CPF/CNPJ: 30.754.325/0001-20
Endereço: RUDOLF DAFFERNER, 400 - BOA VISTA - SOROCABA - SP - 18085-005
Telefone: (15)3228-6707
E-mail: daniela@medsibrasil.com.br

Local de Entrega/Serviço: CONFORME EDITAL
Endereço: CONFORME EDITAL - CONFORME EDITAL - SAO JOAO DA BOA VISTA - SAO PAULO - 00000-002
Prazo de Entrega: IMEDIATA - CONFORME CONTRATO
Condição de Pagamento: A PRAZO - 10 DIAS CORRIDOS - 10 (DEZ) DIAS APÓS NOTA FISCAL
Responsável: João
Observação:

Os Materiais/Serviços que não estiverem de 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
CNPJ: 46.429.379/0001-50
Endereço: RUA MARECHAL DEODORO, CENTRO - São João da Boa Vista - SP
Nº Telefone: (19)3634-8010

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

Centro de Custo: 01.15.05.1000 - PODER EXECUTIVO - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - GERAL

Produto/Serviço	U.M.	Qtd.	Vi. Unit.	Vi. Líquido
100.002.00645 - DIOSMINA 450 MG + HESPERIDINA 50 MG COMP DESCRIÇÃO: DIOSMINA 450 MG + HESPERIDINA 50 MG COMPRIMIDO; CAIXA COM 30 COMPRIMIDOS; DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA IMPRESSOS NA EMBALAGEM DO MEDICAMENTO; LOTE E VALIDADE IMPRESSOS NA EMBALAGEM PRIMARIA E SECUNDARIA DO MEDICAMENTO; REGISTRO EM VIGOR NO MINISTERIO DA SAUDE; VALIDADE MINIMA 12 MESES	COMP	5000	0,4600	2.300,00

Ficha	Dotação Orçamentária	Dest. Recurso	Categoria Econômica	Valor
922	01.15.05.10.301.0010.2301.3.3.90.32.00	01.310.0000	3.3.90.32.02 - MEDICAMENTOS PARA USO DOMICILIAR	2.300,00
Total por Centro de Custo:				2.300,00
Total Geral:				2.300,00

(Dois mil e trezentos reais)

São João da Boa Vista, 28 de dezembro de 2021

Izabela Silva Ferreira
Chefe do Setor de Licitações em Substituição

Thamires Cristina Montiel Maciel
Diretora do Dpto. de Administração



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP

CNPJ: 46.429.379/0001-50

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO - SETORES DE COMPRAS, LICITAÇÕES E CONTRATOS

Data: 03/01/2022 08:15:56

Emitido por: giovana.pereira

Página 13 / 20

Sistema CECAM

PEDIDO DE COMPRA

Pedido de Compra: 4309/2021 **Data:** 27/12/2021
Modalidade: PREGÃO ELETRÔNICO **Nº/Ano:** 81/2021
Contrato: 158/2021
Proc. Adm.: 12425/2021
Aplicação: DMS
Justificativa: FORNECIMENTO PARCELADO DE MEDICAMENTOS PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
Proc. de Pagamento: 5264/21
Tipo de Objeto: COMPRAS E SERVIÇOS
Objeto: MEDICAMENTOS

Nome/Razão Social: 11247 - DANIELA CRISTINA SOUZA SANTOS - ME. SANSIL FARMA
CPF/CNPJ: 15.329.061/0001-74
Endereço: PRINCESA ISABEL, 1791 - SANTANA - SAO JOSE DOS CAMPOS - SP - 12211-620
Telefone: (12)3941-1157
E-mail: sansilcotacao@gmail.com

Local de Entrega/Serviço: CONFORME EDITAL
Endereço: CONFORME EDITAL - CONFORME EDITAL - SAO JOAO DA BOA VISTA - SAO PAULO - 00000-002
Prazo de Entrega: IMEDIATA - CONFORME CONTRATO
Condição de Pagamento: A PRAZO - 10 DIAS CORRIDOS - 10 (DEZ) DIAS APÓS NOTA FISCAL
Responsável: João
Observação:

Os Materiais/Serviços que não estiverem de 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
CNPJ: 46.429.379/0001-50
Endereço: RUA MARECHAL DEODORO, CENTRO - São João da Boa Vista - SP
Nº Telefone: (19)3634-8010

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

Centro de Custo: 01.15.05.1000 - PODER EXECUTIVO - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - GERAL

Produto/Serviço	U.M.	Qtd.	Vi. Unit.	Vi. Líquido
100.002.00646 - CLARITROMICINA 500 MG COMPRIMIDO. VALIDA DESCRIÇÃO: CLARITROMICINA 500 MG COMPRIMIDO. VALIDADE MÍNIMA 12 MESES A CONTAR DA DATA DE ENTREGA.	COMP	500	4,0700	2.035,00

Ficha	Dotação Orçamentária	Dest. Recurso	Categoria Econômica	Valor
922	01.15.05.10.301.0010.2301.3.3.90.32.00	01.310.0000	3.3.90.32.02 - MEDICAMENTOS PARA USO DOMICILIAR	2.035,00

Total por Centro de Custo: 2.035,00

Total Geral: 2.035,00

(Dois mil e trinta e cinco reais)

São João da Boa Vista, 28 de dezembro de 2021

Izabela Silva Ferreira

Chefe do Setor de Licitações em Substituição

Thamires Cristina Montiel Maciel

Diretora do Dpto. de Administração



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP

CNPJ: 46.429.379/0001-50

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO - SETORES DE COMPRAS, LICITAÇÕES E CONTRATOS

Data: 03/01/2022 08:15:56

Emitido por: giovana.pereira

Página 14 / 20

Sistema CECAM

PEDIDO DE COMPRA

Pedido de Compra: 4310/2021
Modalidade: CONTRATAÇÃO DIRETA - DISPENSA DE LICITAÇÃO
Proc. Adm.: 4800/2019
Aplicação: DAS
Justificativa: TC 003/19 TA 04/21
Proc. de Pagamento: 574/2021
Tipo de Objeto: COMPRAS E SERVIÇOS
Objeto: OUTRAS PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS

Data: 27/12/2021

Nº/Ano: 844

Nome/Razão Social: 2483 - LAR VICENTINO SÃO JOSÉ
CPF/CNPJ: 59.767.210/0001-52
Endereço: ANTONIO LUCIO DOS SANTOS, 87 - SANTO ANTONIO - SAO JOAO DA BOA VISTA - SP - 13871-208
Telefone: (36)2234-6400
E-mail:

Local de Entrega/Serviço: ASSISTENCIA SOCIAL
Endereço: GENERAL CARNEIRO, 344 - CENTRO - SAO JOAO DA BOA VISTA - SAO PAULO - 13870-900
Prazo de Entrega: A PRAZO - 6 MESES -
Condição de Pagamento: A PRAZO - 6 MESES - CONFORME PARCERIA
Responsável: Isabela
Observação:

Os Materiais/Serviços que não estiverem de 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
CNPJ: 46.429.379/0001-50
Endereço: RUA MARECHAL DEODORO, CENTRO - São João da Boa Vista - SP
Nº Telefone: (19)3634-8010

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

Centro de Custo: 01.11.01.0700 - PODER EXECUTIVO - DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - GERAL

Produto/Serviço	U.M.	Qtd.	Vi. Unit.	Vi. Bruto	Desconto	Imposto	Vi. Líquido
108.001.00003 - CHAMAMENTO LEI 13.019/14 - SERVIÇO DE AC	SRV	1,00	4.506,6700	4.506,67	0,00	0,00	4.506,67

DESCRIÇÃO: CHAMAMENTO LEI 13.019/14 - SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

Ficha	Dotação Orçamentária	Dest. Recurso	Categoria Econômica	Valor
401	01.11.01.08.244.0006.2518.3.3.50.39.00	01.510.0000	3.3.50.39.01 - TERMO DE COLABORAÇÃO	4.506,67

Total por Centro de Custo:

4.506,67

Total Geral:

4.506,67

(Quatro mil e quinhentos e seis reais e sessenta e sete centavos)

São João da Boa Vista, 28 de dezembro de 2021

Izabela Silva Ferreira

Chefe do Setor de Licitações em Substituição

Thamires Cristina Montiel Maciel

Diretora do Dpto. de Administração

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

SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP

CNPJ: 46.429.379/0001-50

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO - SETORES DE COMPRAS, LICITAÇÕES E CONTRATOS

Data: 03/01/2022 08:15:56

Emitido por: giovana.pereira

Página 15 / 20

Sistema CECAM

PEDIDO DE COMPRA

Pedido de Compra: 4311/2021
Modalidade: PREGÃO ELETRÔNICO
Proc. Adm.: 16250/2021
Aplicação: DMS
Justificativa:
Proc. de Pagamento: 5265/2021
Tipo de Objeto: COMPRAS E SERVIÇOS
Objeto: MEDICAMENTOS

Data: 27/12/2021**Nº/Ano:** 117/2021

Nome/Razão Social: 2262 - DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
CPF/CNPJ: 56.081.482/0001-06
Endereço: PAULO DE FRONTIM, 25 - VILA VIRGINIA - RIBEIRAO PRETO - SP - 14030-430
Telefone: (16)3519-3170
E-mail: compras@dimebrashospitalar.com.br

Local de Entrega/Serviço: CONFORME EDITAL
Endereço: CONFORME EDITAL - CONFORME EDITAL - SAO JOAO DA BOA VISTA - SAO PAULO - 00000-002
Prazo de Entrega: A PRAZO - 10 DIAS CORRIDOS - ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO
Condição de Pagamento: A PRAZO - 10 DIAS ÚTEIS - DO MÊS SUBSEQUENTE
Responsável: Izabela
Observação:

Os Materiais/Serviços que não estiverem de 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
CNPJ: 46.429.379/0001-50
Endereço: RUA MARECHAL DEODORO, CENTRO - São João da Boa Vista - SP
Nº Telefone: (19)3634-8010

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

Centro de Custo: 01.15.05.1000 - PODER EXECUTIVO - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - GERAL

Produto/Serviço	U.M.	Qtd.	Vi. Unit.	Vi. Líquido
100.002.00553 - DIPIRONA 500 MG CPR. VALIDADE MÍNIMA DE DESCRIÇÃO: DIPIRONA 500 MG CPR. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 103314	COMP	45000	0,1400	6.300,00

Ficha	Dotação Orçamentária	Dest. Recurso	Categoria Econômica	Valor
1244	01.15.05.10.301.0010.2301.3.3.90.32.00	05.312.0045	3.3.90.32.02 - MEDICAMENTOS PARA USO DOMICILIAR	6.300,00

Total por Centro de Custo: 6.300,00

Total Geral: 6.300,00

(Seis mil e trezentos reais)

São João da Boa Vista, 28 de dezembro de 2021

Izabela Silva Ferreira
Chefe do Setor de Licitações em Substituição

Thamires Cristina Montiel Maciel
Diretora do Dpto. de Administração



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP

CNPJ: 46.429.379/0001-50

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO - SETORES DE COMPRAS, LICITAÇÕES E CONTRATOS

Data: 03/01/2022 08:15:56

Emitido por: giovana.pereira

Página 16 / 20

Sistema CECAM

PEDIDO DE COMPRA

Pedido de Compra: 4312/2021
Modalidade: PREGÃO ELETRÔNICO
Proc. Adm.: 16250/2021
Aplicação: DMS
Justificativa:
Proc. de Pagamento: 5266/2021
Tipo de Objeto: COMPRAS E SERVIÇOS
Objeto: MEDICAMENTOS

Data: 27/12/2021

Nº/Ano: 117/2021

Nome/Razão Social: 10335 - INOVAMED HOSPITALAR LTDA
CPF/CNPJ: 12.889.035/0001-02
Endereço: RUA RUBENS DERKS, 105 - INDUSTRIAL - ERECHIM - RS - 99706-300
Telefone: (54)3522-4273
E-mail: vendas05@inovamed-rs.com.br

Local de Entrega/Serviço: CONFORME EDITAL
Endereço: CONFORME EDITAL - CONFORME EDITAL - SAO JOAO DA BOA VISTA - SAO PAULO - 00000-002
Prazo de Entrega: A PRAZO - 10 DIAS CORRIDOS - ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO
Condição de Pagamento: A PRAZO - 10 DIAS ÚTEIS - DO MÊS SUBSEQUENTE
Responsável: Izabela
Observação:

Os Materiais/Serviços que não estiverem de 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
CNPJ: 46.429.379/0001-50
Endereço: RUA MARECHAL DEODORO, CENTRO - São João da Boa Vista - SP
Nº Telefone: (19)3634-8010

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

Centro de Custo: 01.15.05.1000 - PODER EXECUTIVO - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - GERAL

Produto/Serviço	U.M.	Qtd.	Vi. Unit.	Vi. Líquido
100.002.00091 - OMEPRAZOL 20MG. VALIDADE MÍNIMA DE 12 ME	COMP	150000	0,0899	13.485,00
DESCRIÇÃO: OMEPRAZOL 20MG. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 119415				

Ficha	Dotação Orçamentária	Dest. Recurso	Categoria Econômica	Valor
1244	01.15.05.10.301.0010.2301.3.3.90.32.00	05.312.0045	3.3.90.32.02 - MEDICAMENTOS PARA USO DOMICILIAR	13.485,00

Total por Centro de Custo: 13.485,00

Total Geral: 13.485,00

(Treze mil e quatrocentos e oitenta e cinco reais)

São João da Boa Vista, 28 de dezembro de 2021

Izabela Silva Ferreira
Chefe do Setor de Licitações em Substituição

Thamires Cristina Montiel Maciel
Diretora do Dpto. de Administração



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP

CNPJ: 46.429.379/0001-50

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO - SETORES DE COMPRAS, LICITAÇÕES E CONTRATOS

Data: 03/01/2022 08:15:56

Emitido por: giovana.pereira

Página 17 / 20

Sistema CECAM

PEDIDO DE COMPRA

Pedido de Compra: 4313/2021
Modalidade: PREGÃO ELETRÔNICO
Proc. Adm.: 16250/2021
Aplicação: DMS
Justificativa:
Proc. de Pagamento: 5267/2021
Tipo de Objeto: COMPRAS E SERVIÇOS
Objeto: MEDICAMENTOS

Data: 27/12/2021
Nº/Ano: 117/2021

Nome/Razão Social: 11716 - MEDIC VET DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS EIRELI
CPF/CNPJ: 20.637.873/0001-17
Endereço: USILIO TONETTO, 760 - IMIGRANTES - TURVO - SC - 88930-000
Telefone: (48)3525-0404
E-mail: medic-vet@hotmail.com

Local de Entrega/Serviço: CONFORME EDITAL
Endereço: CONFORME EDITAL - CONFORME EDITAL - SAO JOAO DA BOA VISTA - SAO PAULO - 00000-002
Prazo de Entrega: A PRAZO - 10 DIAS CORRIDOS - ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO
Condição de Pagamento: A PRAZO - 10 DIAS ÚTEIS - DO MÊS SUBSEQUENTE
Responsável: Izabela
Observação:

Os Materiais/Serviços que não estiverem de 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
CNPJ: 46.429.379/0001-50
Endereço: RUA MARECHAL DEODORO, CENTRO - São João da Boa Vista - SP
Nº Telefone: (19)3634-8010

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

Centro de Custo: 01.15.05.1000 - PODER EXECUTIVO - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - GERAL

Produto/Serviço	U.M.	Qtd.	Vi. Unit.	Vi. Líquido
100.002.00204 - IBUPROFENO 600 MG. CÓDIGO BEC: 110175 DESCRIÇÃO: IBUPROFENO 600 MG. CÓDIGO BEC: 110175	COMP	60000	0,2200	13.200,00
100.002.00474 - AZITROMICINA DIIDRATADA 209,6 MG EQUIVAL DESCRIÇÃO: AZITROMICINA DI-HIDRATADA 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	FR	800	6,5700	5.256,00

Ficha	Dotação Orçamentária	Dest. Recurso	Categoria Econômica	Valor
1244	01.15.05.10.301.0010.2301.3.3.90.32.00	05.312.0045	3.3.90.32.02 - MEDICAMENTOS PARA USO DOMICILIAR	18.456,00

Total por Centro de Custo: 18.456,00

Total Geral: 18.456,00

(Dezoito mil e quatrocentos e cinquenta e seis reais)

São João da Boa Vista, 28 de dezembro de 2021

Izabela Silva Ferreira

Chefe do Setor de Licitações em Substituição

Thamires Cristina Montiel Maciel

Diretora do Dpto. de Administração



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP

CNPJ: 46.429.379/0001-50

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO - SETORES DE COMPRAS, LICITAÇÕES E CONTRATOS

Data: 03/01/2022 08:15:56

Emitido por: giovana.pereira

Página 18 / 20

Sistema CECAM

PEDIDO DE COMPRA

Pedido de Compra: 4314/2021
Modalidade: PREGÃO ELETRÔNICO
Proc. Adm.: 16250/2021
Aplicação: DMS
Justificativa:
Proc. de Pagamento: 5268/2021
Tipo de Objeto: COMPRAS E SERVIÇOS
Objeto: MEDICAMENTOS

Data: 27/12/2021
Nº/Ano: 117/2021

Nome/Razão Social: 11823 - EXATA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS EIRELI
CPF/CNPJ: 27.376.632/0001-00
Endereço: CORONEL IVON CESAR PIMENTEL, 729 - PARQUE PAULISTA - BAURU - SP - 17031-350
Telefone: (14)3201-8338
E-mail: licitacao@exatamedicamentos.com.br

Local de Entrega/Serviço: CONFORME EDITAL
Endereço: CONFORME EDITAL - CONFORME EDITAL - SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SÃO PAULO - 00000-002
Prazo de Entrega: A PRAZO - 10 DIAS CORRIDOS - ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO
Condição de Pagamento: A PRAZO - 10 DIAS ÚTEIS - DO MÊS SUBSEQUENTE
Responsável: Izabela
Observação:

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

Emitido para: PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
CNPJ: 46.429.379/0001-50
Endereço: RUA MARECHAL DEODORO, CENTRO - São João da Boa Vista - SP
Nº Telefone: (19)3634-8010

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

Centro de Custo: 01.15.05.1000 - PODER EXECUTIVO - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - GERAL

Produto/Serviço	U.M.	Qtd.	Vi. Unit.	Vi. Líquido
100.002.00378 - LORATADINA 10MG DESCRIÇÃO: LORATADINA 10MG	COMP	17000	0,1650	2.805,00

Ficha	Dotação Orçamentária	Dest. Recurso	Categoria Econômica	Valor
1244	01.15.05.10.301.0010.2301.3.3.90.32.00	05.312.0045	3.3.90.32.02 - MEDICAMENTOS PARA USO DOMICILIAR	2.805,00

Total por Centro de Custo: 2.805,00

Total Geral: 2.805,00

(Dois mil e oitocentos e cinco reais)

São João da Boa Vista, 28 de dezembro de 2021

Izabela Silva Ferreira
Chefe do Setor de Licitações em Substituição

Thamires Cristina Montiel Maciel
Diretora do Dpto. de Administração



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA

SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP

CNPJ: 46.429.379/0001-50

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO - SETORES DE COMPRAS, LICITAÇÕES E CONTRATOS

Data: 03/01/2022 08:15:56

Emitido por: giovana.pereira

Página 19 / 20

Sistema CECAM

PEDIDO DE COMPRA

Pedido de Compra: 4315/2021
Modalidade: PREGÃO ELETRÔNICO
Proc. Adm.: 16250/2021
Aplicação: DMS
Justificativa:
Proc. de Pagamento: 5269/2021
Tipo de Objeto: COMPRAS E SERVIÇOS
Objeto: MEDICAMENTOS

Data: 27/12/2021

Nº/Ano: 117/2021

Nome/Razão Social: 12917 - DANIEL FERRARI ABRANTES - DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS
CPF/CNPJ: 28.004.857/0001-07
Endereço: SAO PAULO, 41 - VILA BELMIRO - SANTOS - SP - 11075-330
Telefone: (13)3301-1102
E-mail: DANIEL.F.ABRANTES@GMAIL.COM

Local de Entrega/Serviço: CONFORME EDITAL
Endereço: CONFORME EDITAL - CONFORME EDITAL - SAO JOAO DA BOA VISTA - SAO PAULO - 00000-002
Prazo de Entrega: A PRAZO - 10 DIAS CORRIDOS - ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO
Condição de Pagamento: A PRAZO - 10 DIAS ÚTEIS - DO MÊS SUBSEQUENTE
Responsável: Izabela
Observação:

Os Materiais/Serviços que não estiverem de 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
CNPJ: 46.429.379/0001-50
Endereço: RUA MARECHAL DEODORO, CENTRO - São João da Boa Vista - SP
Nº Telefone: (19)3634-8010

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

Centro de Custo: 01.15.05.1000 - PODER EXECUTIVO - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - GERAL

Produto/Serviço	U.M.	Qtd.	Vi. Unit.	Vi. Líquido
100.002.00209 - PREDNISONA 20MG. VALIDADE MÍNIMA DE 12 M DESCRIÇÃO: PREDNISONA 20MG. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES. CÓDIGO BEC: 487023	COMP	18000	0,2500	4.500,00

Ficha	Dotação Orçamentária	Dest. Recurso	Categoria Econômica	Valor
1244	01.15.05.10.301.0010.2301.3.3.90.32.00	05.312.0045	3.3.90.32.02 - MEDICAMENTOS PARA USO DOMICILIAR	4.500,00

Total por Centro de Custo: 4.500,00

Total Geral: 4.500,00

(Quatro mil e quinhentos reais)

São João da Boa Vista, 28 de dezembro de 2021

Izabela Silva Ferreira
Chefe do Setor de Licitações em Substituição

Thamires Cristina Montiel Maciel
Diretora do Dpto. de Administração

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

SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP

CNPJ: 46.429.379/0001-50

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO - SETORES DE COMPRAS, LICITAÇÕES E CONTRATOS

Data: 03/01/2022 08:15:56

Emitido por: giovana.pereira

Página 20 / 20

Sistema CECAM

PEDIDO DE COMPRA

Pedido de Compra: 4316/2021
Modalidade: PREGÃO ELETRÔNICO
Proc. Adm.: 16250/2021
Aplicação: DMS
Justificativa:
Proc. de Pagamento: 5270/2021
Tipo de Objeto: COMPRAS E SERVIÇOS
Objeto: MEDICAMENTOS

Data: 27/12/2021
Nº/Ano: 117/2021

Nome/Razão Social: 13650 - JOSE CARLOS DE SOUZA PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA
CPF/CNPJ: 14.779.687/0001-10
Endereço: ELIETE PAZ DA ROCHA, 60 - POIARES - CARAGUATATUBA - SP - 11673-100
Telefone: (12)3888-2702
E-mail: SANSILFARMA@GMAIL.COM.BR

Local de Entrega/Serviço: CONFORME EDITAL
Endereço: CONFORME EDITAL - CONFORME EDITAL - SAO JOAO DA BOA VISTA - SAO PAULO - 00000-002
Prazo de Entrega: A PRAZO - 10 DIAS CORRIDOS - ATÉ DEZ DIAS APÓS EMPENHO
Condição de Pagamento: A PRAZO - 10 DIAS ÚTEIS - DO MÊS SUBSEQUENTE
Responsável: Izabela
Observação:

Os Materiais/Serviços que não estiverem de 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
CNPJ: 46.429.379/0001-50
Endereço: RUA MARECHAL DEODORO, CENTRO - São João da Boa Vista - SP
Nº Telefone: (19)3634-8010

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

Centro de Custo: 01.15.05.1000 - PODER EXECUTIVO - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - GERAL

Produto/Serviço	U.M.	Qtd.	Vi. Unit.	Vi. Líquido
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	COMP	1300	0,1600	208,00
100.002.00084 - IBUPROFENO GOTAS 50 MG/ML, 30 ML. CÓDIGO BEC: 2022605	FR	200	3,3600	672,00

Ficha	Dotação Orçamentária	Dest. Recurso	Categoria Econômica	Valor
1244	01.15.05.10.301.0010.2301.3.3.90.32.00	05.312.0045	3.3.90.32.02 - MEDICAMENTOS PARA USO DOMICILIAR	880,00

Total por Centro de Custo: 880,00

Total Geral: 880,00

(Oitocentos e oitenta reais)

São João da Boa Vista, 28 de dezembro de 2021

Izabela Silva Ferreira
Chefe do Setor de Licitações em Substituição

Thamires Cristina Montiel Maciel
Diretora do Dpto. de Administração