



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ECOPORANGA

Endereço: Avenida Floriano Rubim, 1279 - Centro - Ecoporanga - ES - Cep: 29.850-000
Telefone: (27) 3755-2900 CNPJ.: 14.798.479/0001-68

Autorização de Fornecimento - Fundo de Saúde Nº 000176/2020

Emitido por: GILMAR HENRIQUE QUEDEVEZ

29/5/2020

Secretaria	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	Processo	000492/2020
Origem	Dispensa Nº 000045/2020	Contrato	000078/2020
Dotação	100001.1030100203.020.33903000000.12900000001	Ficha-Fonte	00143-1290000000
Fornecedor	FP. CONSULTORIA EM FRANQUIA FORMACAO E EXPANSAO DE	CNPJ	17.070.587/0001-08
Endereço	AVENIDA HUGO VIOLA, 360 - JARDIM DA PENHA - VITORIA - ES - CEP 29060420	Telefone	0000000000

Item	Código	Especificação	Marca	Unidade	Quantidade	Unitário	Valor Total
00001	00033490	MASCARA TRIPLA CIRURGICA DESCARTÁVEL Máscara Tripla com Elástico, Fabricada em não tecido 100% Polipropileno; Tripla camada; Deve possuir clipe nasal para melhor ajuste ao nariz; Máscara cirurgica descartável, semifaical, com três camadas de proteção, sendo a interna em material hipoalergico, confeccionada com não tecido, com gramatura mínima de 30g/m², com clip nasalembutido que permita ajuste adequado ao contorno do rosto, produzido em alumínio suave e flexível, não traumatizante, inodora, tiras costuradas com solda eletrônica, bordas bem acabadas, isentas de cola e que apresentem eficiencia de filtração bacteriana (e. f. b.), para partículas de 1.0 micron, acima de 95%. Embalagem em caixaripo dispenser-box com 50 unidades. Na embalagem deverão estar impressos dados de identificação, procedência, data de fabricação, prazo de validade, nº de registro ou isenção no Ministério da Saúde. Unidade de fornecimento.		UN	6000	2,5000	15.000,00
Total Geral							15.000,00

Solicito a entrega do(s) material(is) e/ou
Execução de Serviço(s):

Assinatura do
Responsável:

Carimbo/Assinatura

Aquisição emergencial de materiais hospitalares de consumo para prevenção do COVID-19

Prazo de Entrega/Execução: 5 dia(s)

Condição de Pagamento:

Fornecedor:

Declaro(amos) que Recebi(emos) esta Ordem em ___/___/____. Prazo de Entrega: _____ Pagamento: _____

Almoxarifado:

Recebi(emos) os Itens Constantes Desta Autorização de Fornecimento e/ou Ordem de Serviço

Em, ___/___/____



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ECOPORANGA

Endereço: Avenida Floriano Rubim, 1279 - Centro - Ecoporanga - ES - Cep: 29.850-000
Telefone: (27) 3755-2900 CNPJ.: 14.798.479/0001-68

Autorização de Fornecimento - Fundo de Saúde Nº 000175/2020

Emitido por: GILMAR HENRIQUE QUEDEVEZ

29/5/2020

Secretaria	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	Processo	000492/2020
Origem	Dispensa Nº 000045/2020	Contrato	000078/2020
Dotação	100001.1030200213.020.33903000000.12900000001	Ficha-Fonte	00148-1290000000
Fornecedor	FP. CONSULTORIA EM FRANQUIA FORMACAO E EXPANSAO DE	CNPJ	17.070.587/0001-08
Endereço	AVENIDA HUGO VIOLA, 360 - JARDIM DA PENHA - VITORIA - ES - CEP 29060420	Telefone	0000000000

Item	Código	Especificação	Marca	Unidade	Quantidade	Unitário	Valor Total
00001	00033490	MASCARA TRIPLA CIRURGICA DESCARTÁVEL Máscara Tripla com Elástico, Fabricada em não tecido 100% Polipropileno; Tripla camada; Deve possuir clipe nasal para melhor ajuste ao nariz; Máscara cirurgica descartável, semifaical, com três camadas de proteção, sendo a interna em material hipoalergico, confeccionada com não tecido, com gramatura mínima de 30g/m², com clip nasalembutido que permita ajuste adequado ao contorno do rosto, produzido em alumínio suave e flexível, não traumatizante, inodora, tiras costuradas com solda eletrônica, bordas bem acabadas, isentas de cola e que apresentem eficiencia de filtração bacteriana (e. f. b.), para partículas de 1.0 micron, acima de 95%. Embalagem em caixaripo dispenser-box com 50 unidades. Na embalagem deverão estar impressos dados de identificação, procedência, data de fabricação, prazo de validade, nº de registro ou isenção no Ministério da Saúde. Unidade de fornecimento.		UN	2000	2,5000	5.000,00
Total Geral							5.000,00

Solicito a entrega do(s) material(is) e/ou
Execução de Serviço(s):

Assinatura do
Responsável:

Carimbo/Assinatura

Aquisição emergencial de materiais hospitalares de consumo para prevenção do COVID-19

Prazo de Entrega/Execução: 5 dia(s)

Condição de Pagamento:

Fornecedor:

Declaro(amos) que Recebi(emos) esta Ordem em ___/___/____. Prazo de Entrega: _____ Pagamento: _____

Almoxarifado:

Recebi(emos) os Ítens Constantes Desta Autorização de Fornecimento e/ou Ordem de Serviço

Em, ___/___/____