



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE ASSIST. SOCIAL DE CAPINZAL**

**Solicitação de Compra Nº 12/2024**

**Solicitante:**

**Data da Solicitação:**

**Organograma:**

**Local de Entrega:**

**Objeto:**

**Justificativa:**

**Observações:**

**Desdobramento:**

**Fundamento Legal:**

**Justificativa Valores:**

**Prazo Execução:**

**Modalidade:**

**Itens solicitados:**

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

**Preço Total:**

**Dotações Utilizadas:**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

**Assinatura do Responsável**