

| FOLHA DE INFORMAÇÃO E DESPACHO                                                                             |                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Processo:</b> P006227/2024                                                                              | <b>De:</b> COREPH                   |
| <b>Interessado:</b> Sms - Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza                                       | <b>Para:</b> COGEC/CELIC            |
| <b>Assunto:</b> PARECER TÉCNICO DAS AMOSTRAS DAS AQUISIÇÕES DE SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS – PE N° 90253/2024 | <b>Data do Despacho:</b> 18/10/2024 |

1. Ciente;
2. Após análise das amostras apresentadas pela empresa **MEDICAL CENTER COMÉRCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA**, relacionado ao **item 06**, está em conformidade com as exigências do edital, apresentando os registros dos referidos produtos dentro da vigência estabelecida.
3. Após análise das amostras apresentadas pela empresa **PRIME VITA NUTRIÇÃO E PRODUTOS HOSPITALARES LTDA**, relacionada ao **item 21** está em conformidade com as exigências do edital, apresentando os registros dos referidos produtos dentro da vigência estabelecida.
4. Após análise das amostras apresentadas pela empresa **ART MÉDICA COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES DE PRODUTOS HOSPITALARES**, relacionada ao **item 03** está em conformidade com as exigências do edital, apresentando os registros dos referidos produtos dentro da vigência estabelecida.
5. Diante disto, encaminho o processo para a **Coordenadoria de Gestão de Compras e Licitações – COGEC** para conhecimento e providências.

**Saúde**

*(Assinado por certificação digital)*

**ÁQUILA BEZERRA FERNANDES CAVALCANTE**

Secretaria Municipal da Saúde – SMS

COREPH – Coordenadoria de Redes Pré-hospitalar e Hospitalar

*(Assinado por certificação digital)*

**LUZIE TE FURTADO DA CRUZ**

Secretaria Municipal da Saúde – SMS

COREPH – Coordenadoria de Redes Pré-hospitalar e Hospitalar

**COORDENADORA**



---

**Fortaleza**  
PREFEITURA

---



Este documento é cópia do original e assinado digitalmente sob o número KBTYVJAP

Para conferir o original, acesse o site <https://assineja.sepog.fortaleza.ce.gov.br/validar/documento>, informe o malote 3792449 e código KBTYVJAP

**ASSINADO POR:**