



**IS Saude de Itapecerica da Serra**  
Major Manoel Francisco de Moraes, 286 - Centro - CEP 06.850-050  
UF: SAO PAULO - Brasil - Fone/Fax (11) 46686000  
CNPJ: 09.583.958/0001-27 HOME PAGE:  
DEPARTAMENTO DE SUPRIMENTOS  
FONE: 11- 4668-9103/9112/9117

Sr. Fornecedor, favor indicar no corpo da nota: Número e Ano do Contrato/ Ata de Registro, Número e Ano do Processo, Número e Ano do empenho, conforme informações abaixo descritas.

**AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO / SERVIÇOS**

**A.F - 200/2024**

**Data** 11/04/2024 **Nº Processo** 136 **Ano Processo** 2024  
**Modalidade** CONTRATAÇÃO DIRETA - -11 **Contrato / Vigência** / - **Empenho** 782/2024  
DISPENSA DE LICITAÇÃO

**Órgão** 18 - SAÚDE - IS **Ficha** 162 **Dotação** 18.24.10.301.1001.2.423.3.3.90.30.95.3010003

**Fonte de Recurso** 95 - TRANSFERENCIAS E CONVENIOS FEDERAIS - VINCULADOS - EXERCÍCIO ANTERIOR

Solicitação Compra: 31/2024 Unid.182207 - ALMOXARIFADO PARA MEDICAMENTO

**Categoria Econômica** 33903099 - OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO

**Fornecedor** 114423 Alg Rio Comércio de Produtos Eireli - EPP

**Contato**

**CNPJ** 05.763.509/0001-00

**Endereço** LUIZ ALVES CAVALCANTE SÃO JOÃO DE MERITI RJ 25561140

**Bairro** VILA DOS TELES **Fone** (21)2451-1004 **Fax**

**E-mail** comercial@algrio.com.br

**Contas**

**Inscrição Estadual** Isento **Inscrição Municipal** Isento

| Item | Material    | Cod.Ant. | Qtd.        | U.  | Descrição do Objeto                                                         | Valor Unit. | Marca/Modelo | Valor Total |
|------|-------------|----------|-------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|-------------|
| 1    | 055.00001.3 |          | 1.000,00000 | FRS | PROTETOR SOLAR FHS 60 COM REPELENTE. - PROTETOR SOLAR FHS 60 COM REPELENTE. | 14,5000     |              | 14.500,0000 |

**Total 14.500,00**

**Justificativa** Aquisição de protetor solar com repelente, para as Agentes Comunitárias de Saúde e Setor de Dengue.

**Observações**

**Prazo de Entrega** CONFORME AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO DA SAÚDE

**Prazo de Pagamento** CONFORME AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

**Diretor de Compras**

  
Assinatura e Carimbo