PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GABRIEL DA PALHA

PRAÇA VICENTE GLAZAR, 156 - CENTRO - SÃO GABRIEL DA PALHA - ES - CEP: 29780-000 CNPJ: 13.932.227/0001-17 TEL: 2737271366 FAX: SITE:

Autorização de Fornecimento/Execução
Nº 000233/2026 de 13/08/2026

Órgão	**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE**	*Processo*	**005454/2026**
Setor	**FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL**		
Origem	**Dispensa Nº 000021/2026**	*Termo/Contrato*	
Dotação	**000004000002.1030342062.409.33903200000.150000150000 - 1002**	*Ficha*	**00545-150000150000**
Fornecedor	**HOSPIDROGAS COMÉRCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA**	*CNPJ*	**35.997.345/0001-46**
Endereço	**RUA RUA ALCINDO GUANABARA, 417 - CRITOVAO COLOMBO - VILA VELHA - ES - CEP: 29106400**	*Telefone*	**(27) 3391 - 0685**

Item	*Lote*	*Código*	*Especificação*	*Marca*	*Unidade*	*Quantidade*	*Unitário*	*Valor Total*
00001		00058861	VERAPAMIL 80MG, CLORIDRATO - BLISTER COM 10, 15 OU 30) COMPRIMIDO/ CÁPSULA/ DRÁGEA (obs: solicitação por parte dos municípios, por dificuldade fracionamento / p/ os de uso contínuo)		COMP/	1.000,000	0,265	264,50

Total Geral **264,50**

Descrição Cancelamento:

AQUISIÇAO DE MEDICAMENTO PACTUADO PARA ATENDER A DEMANDA DA FARMACIA BASICA MUNICIPAL CONFORME ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 099/2026 PE Nº 820/2025 - SERP. A DESPESA SERA POR CONTA RECURSO FMS.

EMPENHO: 909/2026

Prazo de Entrega/Execução **15 dia(s)**

Condição de Pagamento **CONFORME ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 099/2026**

_____
Diretor do Departamento de Compras e Contratos

Autorizo a entrega do material e/ou serviço em: ___/___/_____

Fornecedor **Declaro(amos) que Recebi(emos) esta Autorização em ___/___/_____**

_____
Carimbo e assinatura do fornecedor

Local de entrega FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL

_____
Data e assinatura do almoxarife