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 000239/2026 de 13/08/2026

Órgão	**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE**	*Processo*	**005374/2026**
Setor	**ADMINISTRAÇÃO SEMUS**		
Origem	**Dispensa Nº 000028/2026**	*Termo/Contrato*	
Dotação	**000004000002.1030342062.409.33903200000.150000150000 - 1002**	*Ficha*	**00545-150000150000**
Fornecedor	**COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA - FILIAL**	*CNPJ*	**67.729.178/0004-91**
Endereço	**PCA EMÍLIO MARCONATO, 1000 - PARK INDUSTRIAL - JAGUARIÚNA - SP - CEP: 13916074**	*Telefone*	**(19) 3522 - 5800**

Item	*Lote*	*Código*	*Especificação*	*Marca*	*Unidade*	*Quantidade*	*Unitário*	*Valor Total*
00001		00058892	CLONAZEPAM 0,5MG - COMPRIMIDO/ CÁPSULA/ DRÁGEA		COMP/	5.000,000	0,060	298,50

Total Geral **298,50**

Descrição Cancelamento:

AQUISIÇAO DE MEDICAMENTO PACTUADO PARA ATENDER A DEMANDA DA FARMACIA BASICA DO MUNICIPIO CONFORME ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 143/2026 PE 670/2025 SERP. A DESPESA SERA POR CONTA RECURSO FMS.

EMPENHO: 906/2026

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

Condição de Pagamento **CONFORME ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 0143/2026 -**

_____
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 ADMINISTRAÇÃO SEMUS

_____
Data e assinatura do almoxarife