

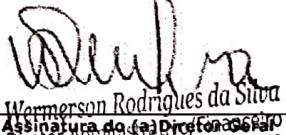


SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE MATERIAIS E SERVIÇOS
FOR.COM.005 DATA ELABORAÇÃO: 13/08/15 REV.000 DATA REVISÃO: 13/08/15

		Nº PEDIDO	001-B /2019	
01 SOLICITAÇÃO: DIRETORIA ADM. FINANCEIRA <small>Setor Solicitante (SIGLA)/Nº/Ano</small>		02 DATAS:	26 / 04 / 2019	
03 <input type="checkbox"/> Material de Consumo <input type="checkbox"/> Serviços e Encargos <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Obras e Instalações <input type="checkbox"/> Equipº. E Material Imobilizado <input checked="" type="checkbox"/> Outros				
04 Setor Solicitante		05 Responsável		06 Ramal
DIRETORIA ADM. FINANCEIRA		WERMERSON RODRIGUES		
07 Item	08 Especificações do Material ou Serviço	09 Unid.	10 Quantidades	
1.	EXAMES ANTI – HBS	UND	265	
2.	EXAMES ANTI – HCV	UND	264	
11 Local de Entrega: HMAP				
12 Colaborador / Servidor responsável pela solicitação: WERMERSON RODRIGUES				
13 Justificativa: Conforme MEMORANDO 063/2019 – DAF/HMAP				
14		15		
 <small>Wermerson Rodrigues da Silva Assinatura do Solicitante Diretor Administrativo do Setor Financeiro Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia-HMAP</small>		 <small>Wermerson Rodrigues da Silva Assinatura do Gestor do Setor Diretor Administrativo do Setor Financeiro Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia-HMAP</small>		
 <small>Wermerson Rodrigues da Silva Assinatura do Diretor Geral Diretor Administrativo do Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia-HMAP (com carimbo)</small>				
Obs.: 1) Preferencialmente, o preenchimento deverá ser feito em conjunto com o Responsável Técnico para descrever / especificar corretamente o material / serviço. 2) Obrigatoriamente, todos os campos deste Formulário deverão ser preenchidos.				