

		Nº PEDIDO	363
01 SOLICITAÇÃO:	Coordenação de Fisioterapia e Terapia Ocupacional- CFTO-HMAP	02 DATA:	04/09/2019
		Setor Solicitante (SIGLA)/Nº/Ano	
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	
FISIOTERAPIA	ELIENE ROSA DA SILVA		
07 Item	08 Especificação do Material ou Serviço	09 Unid.	10 Quantidade
01	Kit de mascara venturi pediátrico, contendo uma mascara facial em PVC resistente, não toxico, uma traqueia corrugada, seis diluidores em polipropileno, um copo conector para micronebulizações e um tudo de O2.	UNIDADE	10
11 Local de Entrega: HMAP- Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia			
12 Colaborador / Servidor responsável pela solicitação:			
Eliene Rosa da Silva			
13 Justificativa: CONFORME MEMORANDO 43 ANEXO A ESTE.			
14		15	
Eliene Rosa da Silva Fisioterapeuta Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAP CREFITO 11/243745-F	Marlete Ferreira da Silva Diretor(a) de Humanização Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia-HMAP	Lázara Maria de Jesus e Mirlan de Souza Diretor(a) Geral - HMAP	
Assinatura do Solicitante	Assinatura do Gestor do Setor (carimbo)	Assinatura do (a) Diretor Geral (com carimbo)	
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.		

David Christopher Gomes
Diretor Administrativo / Financeiro
Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAP