
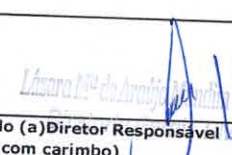


**SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE MATERIAIS E SERVIÇOS**  
FOR.COM.005 DATA ELABORAÇÃO: 13/08/15 REV.000 DATA REVISÃO: 13/08/15

		<b>Nº PEDIDO</b>	370/2019	
<b>01 SOLICITAÇÃO:</b> GERÊNCIA DE ENFERMAGEM <small>Setor Solicitante (SIGLA)/Nº/Ano</small>		<b>02 DATA</b>	30 / 08 / 2019	
<b>03</b>		<b>S:</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Material de Consumo</b>		<input type="checkbox"/> <b>Serviços e Encargos</b>		<input type="checkbox"/> <b>Medicamentos</b>
<input type="checkbox"/> <b>Obras e Instalações</b>		<input type="checkbox"/> <b>Equip<sup>o</sup>. E Material Imobilizado</b>		<input type="checkbox"/> <b>Outros</b>
<b>04 Setor Solicitante</b>		<b>05 Responsável</b>		<b>06 Ramal</b>
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM		GRACINETE COSTA		
<b>07 COD</b>	<b>08 Especificações do Material ou Serviço</b>	<b>09 Unid.</b>	<b>10 Quantidades</b>	
675	MOCHILA PARA TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR (PRODUZIDA EM NYLON, BOLSO INTERNO COM ZIPER, BOLSO DE IDENTIFICAÇÃO, GARANTE PROTEÇÃO AOS MEDICAMENTOS, PARTE INTERNA REVESTIDA POR UMA MANTA TERMICA, ALÇAS LARGAS DE 3,5 MM, REGULAGEM DE TAMANHO, TRANSPORTE PARA MÃOS OU TRANSPORTE NAS COSTAS, ALTURA 46 CM, LARGURA 31 CM, PROFUNDIDADE 19 CM E PESO 1.500 KG .	UNID	1	
<b>11 Local de Entrega:</b> HMAP				
<b>12 Colaborador / Servidor responsável pela solicitação:</b> GRACINETE COSTA				
<b>13 Justificativa:</b> Conforme memorando.				
<b>14</b>		<b>15</b>		
 Gracinete Costa Ferreira Gerente em Goiânia-HMAP Assinatura do Solicitante		 Gracinete Costa Ferreira Gerente em Goiânia-HMAP Assinatura do Gestor do Setor Hospital Municipal (carimbo)		
		 Lúcia de Araújo Diretora de Enfermagem Assinatura do (a) Diretor Responsável (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.				