

**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>	361/2019	
<b>01 SOLICITAÇÃO:</b> GERÊNCIA DE ENFERMAGEM <small>Setor Solicitante (SIGLA)/Nº/Ano</small>		<b>02 DATA</b>	27 / 08 / 2019	
<b>03</b>				
<input type="checkbox"/> Material de Consumo	<input type="checkbox"/> Serviços e Encargos	<input type="checkbox"/> Medicamentos		
<input checked="" type="checkbox"/> Obras e Instalações	<input type="checkbox"/> Equip <sup>o</sup> . E Material Imobilizado	<input type="checkbox"/> Outros		
<b>04 Setor Solicitante</b>		<b>05 Responsável</b>		<b>06 Ramal</b>
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM		GRACINETE		
<b>07 COD</b>	<b>08 Especificações do Material ou Serviço</b>	<b>09 Unid.</b>	<b>10 Quantidades</b>	
1	KIT BARRA ANTI-PÂNICO PARA ABERTURA INTERNA SEM CHAVE PARA PORTAS COM 2 FOLHAS	UNID	2	
<b>11 Local de Entrega: HMAP</b>				
<b>12 Colaborador / Servidor responsável pela solicitação:</b> <b>GRACINETE COSTA</b>				
<b>13 Justificativa: Conforme memorando.</b>				
<b>14</b>		<b>15</b>		
 Assinatura do Solicitante <small>Gracinete Costa Ferreira Gerente de Enfermagem Hospital Municipal de Aparecida - HMAP</small>		 Assinatura do Responsável <small>David Christopher Gomes Diretor Administrativo / Financeiro Hospital Municipal de Aparecida - HMAP (com carimbo)</small>		
<b>Obs.:</b> 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.				