



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**HOSPITAL MATERNIDADE SANTA THERESINHA**  
**SERVIÇO DE FÁRMÁCIA**

Senhora Administradora,

Solicito a compra dos itens em anexo para atender as exigências da vigilância sanitária estadual e a secretaria estadual de saúde com relação as novas exigências de testes obrigatórios para transferências de pacientes.

Entrega em parcela única. Informo ainda que os itens serão incluídos no próximo processo licitatório.

Com a estimativa de atender a demanda no abastecimento do Hospital Maternidade Santa Theresinha, pelo período de aproximadamente 06 meses.

São José, 02/10/2023

Atenciosamente,

ABELARDO L. P. GOMES  
Farmacêutico HMST.

Ilustríssima.  
Administradora Geral HMST.





**MUNICIPIO SÃO JOSE DO VALE DO RIO PRETO**  
RUA PROFESSORA MARIA EMÍLIA ESTEVES, Nº 691 - CENTRO  
SJVRP/RJ - CEP: 25780-000  
FONE (24) 2224-7404



CÓDIGO DE ACESSO  
8CB15C4E2F97477A92C1E19503657DDB

### **VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS**

Este documento foi assinado digitalmente/eletronicamente pelos seguintes signatários nas datas indicadas

Para verificar a validade das assinaturas acesse o link abaixo

<https://sjvriopreto.flowdocs.com.br/public/assinaturas/8CB15C4E2F97477A92C1E19503657DDB>