



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ VALE RIO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FARMÁCIA MUNICIPAL



Ilustríssimo Senhor,

Considerando que esta farmácia faz a dispensação de medicamentos aos pacientes judiciais.

Considerando que a falta destes leites pode acarretar em sanções judiciais.

Considerando que não temos registros de preços para os leites solicitados, pois os mesmos foram inseridos em decisões posteriormente a solicitação de registros de preços vigentes.

Considerando que o solicitado será inserido em novo registro de preços.

Venho pelo presente, solicitar a aquisição dos medicamentos em anexo para atender aos pacientes judiciais por um período estimado de 06 meses.

O LEITE DEVERÁ SER ENTREGUE EM SUA TOTALIDADE





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

FD37F3583B1745DC904E63A311F45FD8

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/FD37F3583B1745DC904E63A311F45FD8>