

Referência: Solicitação de Gases Medicinais – Ar comprimido

Senhora Secretária,

Vimos pelo presente solicitar a aquisição de ar comprimido para atendimento no Hospital Maternidade Santa Theresinha, com entrega de forma parcelada, pelo período de 06 (seis) meses, uma vez que a quantidade do item foi insuficiente na Ata de Registro de Preço nº 204/23, pregão nº 023; seguindo a atualização do protocolo operacional padrão para pacientes ventilados (ventilação mecânica) com o uso correto do oxigênio gasoso e ar comprimido.

Débora Jucá Raposo Vasti

Administradora Geral do hospital





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

D586FD5B01C84AFE8F695EC5143A8090

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/D586FD5B01C84AFE8F695EC5143A8090>