



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIANDIRA

**AVISO DE DISPENSA**  
**(Processo Administrativo n.º2197/2024)**

Torna-se público que o Fundo Municipal de Saúde de Goiandira, realizará Dispensa de licitação, com critério de julgamento menor preço, na hipótese do art. 75, inciso II nos termos da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021 e demais legislação aplicável.

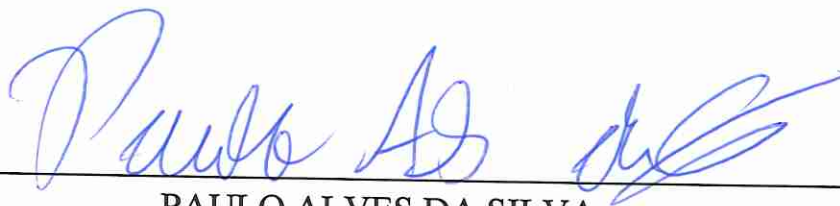
Para maiores informações e recebimento de proposta, encaminhar no seguinte e-mail [comprasgoiandira@gmail.com](mailto:comprasgoiandira@gmail.com)

**Data de abertura: 28/05/2024**

**Data de encerramento 01/06/2024**

Objeto de contratação:

Item	MATERIAL / SERVIÇOS	Descrição	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE
1	BLOCO RECEITUARIO SIMPLES (100X1 VIA EM PAPEL SULFITE 75GR) TAMANHO 15X21 CM - IMPRESSÃO PRETA		UNIDADE	30
2	BLOCO DE REQUISIÇÃO PARA EXAME COMPLEMENTAR (100X1 VIA EM PAPEL SULFITE 75GR) TAMANHO 15X21 CM - IMPRESSÃO PRETA		UNIDADE	30
3	BLOCO DE RECEITUARIO DE CONTROLE ESPECIAL 2 VIAS. CARBONADO. (100X1 TAMANHO 15X21 CM - IMPRESSÃO PRETA		UNIDADE	30



PAULO ALVES DA SILVA  
AGENTE DE CONTRATAÇÃO

# Secretaria Municipal de Saúde de Goiandira

Rua Antônio Veronez, s/n° - Centro - Fone: (64) 3462-2072 - Goiandira-GO

## Requisição para Exames Complementares

### EXAMES:

Laboratório - Radiologia - Eletrocardiografia - Outros  
( ) ( ) ( ) ( )

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Mat. \_\_\_\_\_

Caracterização do Exame: \_\_\_\_\_

Resumo do Quadro Clínico: \_\_\_\_\_

Suspeita Diagnóstica (CID): \_\_\_\_\_

Determinação da Urgência: \_\_\_\_\_

Reservado ao SUS

Goiandira, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /20\_\_\_\_\_

Ass. e Carimbo do Médico  
CRENCIADO

**Prefeitura Municipal de Goiandira**

Secretaria Municipal de Saúde

Goiandira - GO

---

---

**RECEITUÁRIO**

---

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª Via: Farmácia  
2ª Via: Paciente

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIANDIRA

FONE: 3462-2072

UNIDADE MISTA DE SAÚDE JOSÉ ALVES PORTO FILHO

Rua Antônio Veronez s/nº - Centro Goiandira-GO

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Identidade nº \_\_\_\_\_ Órgão Em. \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

