PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nº	Ano

PRÉ- QUALIFICAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

☐ MATERIAL DE CONSUMO ODONTOLÓGICO ☐ MATERIAL DE CONSUMO HOSPITALAR

DADOS DO FORNECEDOR	
CNPJ	NOME FANTASIA
RAZÃO SOCIAL	
E-MAIL	
ENDEREÇO	
TELEFONE	NOME DO RESPONSÁVEL

SOLICITAÇÃO DE ANÁLISE DE DESEMPENHO
CÓDIGO EQUIVALENTE PMPA
DESCRIÇÃO MATERIAL

DADOS DO PRODUTO		
MARCA		REFERÊNCIA
FABRICANTE		QUANTIDADE DE AMOSTRAS ENTREGUES
REGISTRO DA ANVISA Nº ☐ ISENTO		☐ MANUAL OU BULA EM PORTUGUÊS ☐ LAUDO DE CONTROLE DE QUALIDADE DO LOTE
DATA	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA ENTREGA	

PREVISÃO DE RETORNO PARA O FORNECEDOR: _____/_____/_____ **ASSINATURA**: _____