



Processo nº

Data:

Requerente:

Objeto:

.....
.....
.....

Modalidade:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dispensa de Licitação | <input type="checkbox"/> Concorrência |
| <input type="checkbox"/> Inexigibilidade de Licitação | <input type="checkbox"/> Pregão Presencial |
| <input type="checkbox"/> Convite | <input type="checkbox"/> Leilão |
| <input type="checkbox"/> Tomada de preços | <input type="checkbox"/> Pregão Eletrônico |

Observações:

.....
.....



Protocolo N° _____

PROCESSO N° _____

CONTROLE PARA REVISÃO DE SERVIÇOS PRESTADOS

Data	Lote/Fatura	Usuário/Descrição	Valor Hospital	Valor Honorários	Valor Total

TOTAL GERAL:

Identificação:

Revisão Técnica:

Revisão Administrativa:

Coparticipação:

Estatística:

Honorários:



Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores Municipais de Novo Hamburgo
Rua Cinco de Abril, 280 | Bairro Rio Branco | CEP 93310-085 | Novo Hamburgo - RS
Fone/Fax: (51) 3594-9162 | Celular: (51) 98205-9617/98205-9618 | E-mail: contato@ipasemnh.com.br

