Universidade Estadual da Paraíba

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

**Formulário - Solicitação de Compras e Serviços**

| **CONCEDENTE: Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PROAP/ AUXPE/ CAPES)** |
| --- |

| **SOLICITANTE:** | | |
| --- | --- | --- |
| **CPF:** | **RG:** | **ÓRGÃO EXP.:** |

| **RUA:** | | | | | **Nº:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPLEMENTO:** | | | **BAIRRO:** | | | |
| **CEP:** | | **CIDADE:** | | | | **UF:** |
| **FONE:** | **CELULAR: ( )** | | | **E-MAIL:** | | |

| **Local:**  Campus: I  Centro: CCBS  Setor: | **Tipo de Aquisição:**  ( ) Serviço Pessoa Jurídica  ( ) Serviço Pessoa Física | | **Tipo de Entrega:**  ( ) Parcelada  ( ) Imediata |
| --- | --- | --- | --- |
| **Prazo de Contratação do Serviço:** | | **Anexos:**  **( ) Cotações**  **( ) Carta de Exclusividade**  **( ) Boleto**  **( ) Comprovante de pagamento**  **( ) Nota fiscal**  PROAP AUXPE 2023/2024 | |
| **Justificativa:** | |

| **Item** | **Descrição do Produto/ Serviço:** | **Unid.** | **Quant.** | **Valor Unitário** | **Valor Global** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 01 | Detalhamento do serviço: Especificação completa; tipo de prestação dos serviços – parcelada ou imediata; local da prestação do serviço; prazo; frequência e outros detalhes pertinentes. |  |  |  |  |
| 02 |  |  |  |  |  |
| **Valor Total:** | | | | | **R$** |

Campina Grande - PB, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ 2024.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Solicitante