



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE FARO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FARO**

---

---

**AUTORIZAÇÃO**

Na qualidade de ordenador de despesas, autorizo a presente contratação, nos termos da requisição anexa, e instaurado o presente processo administrativo com base na Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações posteriores.

Cumpra-se.

FARO - PA, 03 de Abril de 2020

**IZABEL DA ASSUNÇÃO GUIMARÃES PINTO**  
**SECRETÁRIA DE SAÚDE**