



| | | | |
|--|---|---------------------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAUDE | RM nº: 19.29349/2020 | AFM nº: 19.078.00855/2020 | Página 1 |
| Emitente FUNDO ESTADUAL DE SAUDE - HOSPITAL COUTO MAIA | Licitação nº: | Geração 28/09/2020 | |
| Endereço RUA RIO SÃO FRANCISCO, S/N | Dispensa Eletrônica nº: 19.078.2020.0093 | Emissão 28/09/2020 | |
| Cidade Salvador Estado BA | Data Public. | Processo nº: 019.9197.2020.0080815-96 | |
| C.N.P.J. 05816630000152 Insc. Estadual 70745597 | Data abertura | SRD nº: 19.601.0049.20.0000978-0 | |
| Titular FÁBIO VILA-BOAS PINTO | Unid. Fiplan: 19601.0049 | LID nº: 19.601.0049.20.0000899-4 | |
| Decreto DOE 02/01/2007 | | INT nº: _____ | |
| | Dotação Orçamentária: 19601.0049.10.305.313.5366.9900.33903000.0286000000.1 | | |

A Nota Fiscal deve ser emitida em nome do emitente acima, contendo código do item contratado, banco/agência/conta bancária e nº da AFM.

| | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------|
| Fornecedor MARIVALDO SOARES DOS REIS | C.N.P.J./C.P.F. 17845988000192 | Insc. Estadual 107.955.580 |
| Endereço RUA BARROS FALCAO, 06 MATATU CENTER SALA 14-A - MATATU | E-mail: marivaldo.reis@bol.com.br | Insc. Municipal ISENT0 |
| Cidade Salvador Estado BA | CEP: 40255370 | |
| Representante Legal : | TEL: (71) 3019-7588 | Fax (71) 3019-7588 |

| ITEM | ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO | UM | QUANTIDADE | PREÇO UNITARIO | PREÇO TOTAL | PRZ.ENTREGA |
|------|---|----|------------|----------------|-------------|-------------|
| 1 | Cód. do Item: 66.40.19.00014564-5 Marca: NALGON JARRA, uso laboratorial, plastica, resistente alto impacto, milimetrada, capacidade 01 litro | Un | 60,00 | 17,6000 | 1.056,00 | 5 |

TOTAL GERAL: 1.056,00

TOTAL POR EXTENSO: UM MIL E CINQUENTA E SEIS REAIS

UNIDADE: SECRETARIA DA SAUDE - FUNDO ESTADUAL DE SAUDE - HOSPITAL COUTO MAIA

LOCAL DE ENTREGA: 19.078.0044 - ALMOXARIFADO CENTRAL MATERIAL ICOM

Salvador

CAJAZEIRAS II

RUA CORONEL AZEVEDO, S/N, SETOR IV, ÁGUAS CLARAS

7131037184

COORDENADOR

DIRIGENTE

FORNECEDOR

_____(Ba), ____/____/____

_____/____/____

_____/____/____