



AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

| | | | | | | | |
|------------|---|--------------------------|---|--------------|--------------------------|--------|---|
| Secretaria | SECRETARIA DA SAUDE | RM nº: | 19.24643/2021 | AFM nº: | 19.102.00949/2021 | Página | 1 |
| Emitente | FUNDO ESTADUAL DE SAUDE - HOSPITAL REGIONAL PRADO VALADARES S/A | Licitação nº: | 19.180-PE.228/2020 | Gerção | 10/08/2021 | | |
| Endereço | RUA SAO CRISTOVAO, S/N, CENTRO | Dispensa Tradicional nº: | | Emissão | 10/08/2021 | | |
| Cidade | Jequié | Data Public. | | Processo nº: | 0198.0062.02.1009935535 | | |
| CNPJ | 05816630000152 | Data abertura | | SRD nº: | 19.601.0062.21.0001066-3 | | |
| | | Unid. Fiscal | 19601.0062 | LID nº: | 19.601.0062.21.0000998-9 | | |
| | | INT nº | | | | | |
| Titular | FÁBIO VILA BOAS PINTO | Datação Orçamentária: | 19601.0062.10.302.313.2641.9900.33903000.01.300000001.1 | | | | |
| Decreto | DOE 09.01.2021 | | | | | | |

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 | FARMACE INDUSTRIA QUIMICO FARMACEUTICA CEARENSE LTDA | CNPJ/CPF | 06628333000146 | Insc Estadual | 202106205079 |
| Endereço | AV DOUTOR ANTONIO LIRIO CALLOU, S/N KM 02 - SÍTIO BARREIRAS | E-mail | rep.fran.ci.scarimao@gmail.com | Insc Municipal | 264.23/2020 |
| | | CEP | 63180000 | | |
| Cidade | Barbalha | Estado | CE | Representante Legal | |
| | | | | TEL: | (71) 3248-0244 |
| | | | | Fax | |

| ITEM | ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO | UM | QUANTIDADE | PREÇO UNITARIO | PREÇO TOTAL | PRZENTREGA |
|------|---|----|------------|----------------|-------------|------------|
| 1 | Cód. do Item: 65.02.19.00007435-7 Marca: FARMACE CLORETO de sodio, solucao injetavel 20% (ou 3,4 mg/mL Na) ampola 10 ml. Apresentar registro dos produtos na Anvisa e Certificado de Boas Praticas, Fabricacao e Controle - CBPFC do fabricante conforme resolucao Anvisa nº 460/99. Em caso de fabricante fora do mercosul, apresentar documento do pais de origem traduzido por tradutor oficial. | Un | 5.000,00 | 0,2500 | 1.250,00 | 15 |

TOTAL GERAL: 1.250,00

TOTAL POR EXTENSO: UM MIL E DUZENTOS E CINQUENTA REAIS

UNIDADE: SECRETARIA DA SAUDE - FUNDO ESTADUAL DE SAUDE - HOSPITAL REGIONAL PRADO VALADARES
 LOCAL DE ENTREGA: 19.102.0001 - ALMOXARIFADO
 CENTRO

RUA SAO CRISTOVAO, S/N, CENTRO

CENTRO

Jequié

COORDENADOR

DIRIGENTE

FORNECEDOR

_____(Ba), ____/____/____, _____

1º Vice Fornecedor - 2º e 3º Vice Divisão de Suprimento - 4º Contábil/Financeira

A contratação com o FORNECEDOR obedecerá as condições do instrumento convocatório e da minuta de contrato dele constante, que esta AFM/APS integra independentemente de transcrição.



Documento assinado eletronicamente por **Ana Paula de Assis Camargo Lacerda, Diretor Geral em Exercício**, em 10/08/2021, às 16:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mara Soares Rangel, Farmacêutico**, em 11/08/2021, às 10:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **00034098097** e o código CRC **CA99DF25**.