



AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

Secretaria	SECRETARIA DA SAUDE	RM nº:	19.24653/2021	AFM nº:	19.102.00956/2021	Página	1	
Emite	FUNDO ESTADUAL DE SAUDE - HOSPITAL REGIONAL PRADO VALADARES SeI.	Licitação nº:	19.180-PE.202/2020	Gerção	10/08/2021			
Endereço	RUA SAO CRISTOVAO, S/N, CENTRO	Dispensa Tradicional nº:		Emissão	10/08/2021			
Cidade	Jequié	Data Public.		Processo nº:	0198.0062.02.100985.0033			
CNPJ	05816630000152	Data abertura		SRD nº:	19.601.0062.21.0001074-4			
		Unid. Fiscal	19601.0062	LID nº:	19.601.0062.21.0001006-5			
		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	SALVADOR DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS EIRELI	CNPJ/CPF	21632425000193	Insc Estadual	121811565
Endereço	RUA DA BOLIVIA, 223 QUADRA P GALPAO 1 - GRANJAS RURAIS P VARSAIS	E-mail:	salvadormed@outlook.com	Insc Municipal	515638/001-53
Cidade	Salvador	CEP:	41230195	TEL:	(71) 3292-0196 Fax (71) 3413-8100
	Estado BA	Representante Legal	VAN CALIXTO DE ALME		

ITEM	ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO	UM	QUANTIDADE	PREÇO UNITARIO	PREÇO TOTAL	PRZENTREGA
1	Cód. do Item: 65.02.19.00002483-0 Marca: GEOLAB AMIODARONA, comprimido 200mg. a embalagem do produto devera conter a seguinte impressao: " venda proibida pelo comercio." Apresentar registro dos produtos na Anvisa e Certificado de Boas Praticas, Fabricacao e Controle - CBPFC do fabricante conforme resolução Anvisa nº 460/99. Em caso de fabricante fora do mercosul, apresentar documento do pais de origem traduzido por tradutor oficial.	Un	500,00	0,6240	312,00	15

TOTAL GERAL: 312,00

TOTAL POR EXTENSO: TREZENTOS E DOZE REAIS

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

RUA SAO CRISTOVAO, S/N, CENTRO
 (71)528-7131

COORDENADOR

DIRIGENTE

FORNECEDOR

_____(Ba), ____/____/____

1º Via Fornecedor - 2º e 3º Via 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.

[Insira a imagem da AFM aqui]



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](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ivan Calixto de Almeida Correia, Representante Legal da Empresa**, em 17/08/2021, às 10:58, 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 **00034099720** e o código CRC **901C3E0F**.

