



RM nº: 19.27707/2021 AFM nº: 19.102.01098/2021
 Licitação nº: 19.180-PE050/2021 Geração 01/09/2021
 Dispensa Tradicional nº: Emissão 01/09/2021
 Data Public. Processo nº: 019890620210113283-73
 Data abertura SRD nº: 19.601.0062.21.0001241-0
 Unid.Fiplan: 19601.0062 LID nº: 19.601.0062.21.0001158-4
 NT nº: _____

Secretaria SECRETARIA DA SAUDE
 Emitente FUNDO ESTADUAL DE SAUDE - HOSPITAL REGIONAL PRADO VALADARES
 Endereço RUA SAO CRISTOVAO, S/N, CENTRO (73)3528-7100
 Cidade Jequié Estado BA Fax (73)3528-7100
 C.N.P.J. 05816630000152 Insc. Estadual ISENTO CEP: 45.203-110

Dotação Orçamentária: 19601.0062.10.305.313.5366.9900.33903000.0686000000.1

Titular FÁBIO VILA-BOAS PINTO
 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 HALEX ISTAR INDUSTRIA FARMACEUTICA LTDA C.N.P.J./C.P.F. 01571702000198 Insc. Estadual 10.001621.9
 Endereço BR 153 - KM 3, S/N - CHACARA RETIRO E-mail: irvan.gymed@gmail.com Insc. Municipal 012.229/7
 CEP: 74775027 E-mail2:
 E-mail3:
 Cidade Goiânia Estado GO Representante Legal: TEL.: (71) 3450-0879 Fax (71) 3219-9641

| ITEM | ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO | UM | QUANTIDADE | PREÇO UNITARIO | PREÇO TOTAL | PRZENTREGA |
|------|--|----|------------|----------------|-------------|------------|
| 1 | Cód. do Item: 65.02.19.00098012-9 Marca: HALEX ISTAR FLUCONAZOL solucao injetavel 2mg/mL 100 mL, frasco ampola ou bolsa em sistema fechado. A embalagem do produto de vera 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 resolucao Anvisa nº 460/99. Em caso de fabricante fora do mercosul, apresentar documento do pais de origem traduzido por tradutor oficial. | Un | 120,00 | 11,8900 | 1.426,80 | 15 |

TOTAL GERAL: 1.426,80

TOTAL POR EXTENSO: UM MIL, QUATROCENTOS E VINTE E SEIS REAIS E OITENTA CENTAVOS

UNIDADE: SECRETARIA DA SAUDE - FUNDO ESTADUAL DE SAUDE - HOSPITAL REGIONAL PRADO VALADARES
 LOCAL DE ENTREGA: 19.102.0001 - ALMOXARIFADO RUA SAO CRISTOVAO, SIN, CENTRO
 Jequié CENTRO (73)528-7131

COORDENADOR DIRIGENTE FORNECEDOR

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

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 01/09/2021, às 17:26, 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 03/09/2021, às 11:19, 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 **Irvandete Cidral da Silveira, Representante Legal da Empresa**, em 13/09/2021, às 10:06, 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 **00035206351** e o código CRC **345BA10C**.