



RM nº: 19.27720/2021 AFM nº: 19.102.01109/2021
 Licitação nº: 19.180-PE105/2020 Geração 01/09/2021
 Dispensa Tradicional nº: Emissão 01/09/2021
 Data Public. Processo nº: 019890620210112982-88
 Data abertura SRD nº: 19.601.0062.21.0001253-4
 Unid.Fiplan: 19601.0062 LID nº: 19.601.0062.21.0001170-3
 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

Titular FÁBIO VILA-BOAS PINTO
 Decreto DOE 09.01.2021
 Dotação Orçamentária: 19601.0062.10.305.313.5366.9900.33903000.0686000000.1

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 FRESENIUS KABI BRASIL LTDA C.N.P.J./C.P.F. 49324221002077 Insc. Estadual 10779033-5
 Endereço AV BRASIL, 1255 CIDADE JARDIM E-mail: licitacao.br@fresenius-kabi.com.br Insc. Municipal 91861
 Cidade ANÁPOLIS Estado GO CEP: 75080240 E-mail3: _____
 Representante Legal: _____ TEL.: (11) 2504-1467 Fax (11) 2504-1400

ITEM	ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO	UM	QUANTIDADE	PREÇO UNITARIO	PREÇO TOTAL	PRZENTREGA
1	Cód. do Item: 65.02.19.00116153-9 Marca: NOVAFARMA/FRESENIUS CEFTRIAXONA, sodica, 1000mg, para solucao injetavel intravenosa, frasco-ampola. A embalagem deve apresentar a frase: venda proibida pelo comercio. O fornecedor deve apresentar bula, registro do produto na ANVISA e certificado de boas praticas de fabricacao - CBPF em conformidade com as resolucoes da ANVISA em vigencia. Em caso de fabricante fora do MERCOSUL, apresentar documento do pais de origem traduzido por tradutor oficial. Unidade de fornecimento: frasco-ampola.	Fr	4.000,00	6,4900	25.960,00	15

TOTAL GERAL: 25.960,00

TOTAL POR EXTENSO: VINTE E CINCO MIL E NOVECENTOS E SESSENTA 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, SIN, 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](#).



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 **00035208131** e o código CRC **1282F48C**.
