



Secretaria SECRETARIA DA SAUDE	RM nº: 19.27723/2021	AFM nº: 19.102.01111/2021	Página 1
Emitente FUNDO ESTADUAL DE SAUDE - HOSPITAL REGIONAL PRADO VALADARES	Licitação nº: 19.180-PE148/2020	Geração 01/09/2021	
Endereço RUA SAO CRISTOVAO, S/N, CENTRO	Dispensa Tradicional nº:	Emissão 01/09/2021	
Cidade Jequié	Data Public.	Processo nº: 019890620210113112-17	
C.N.P.J. 05816630000152	Data abertura	SRD nº: 19.601.0062.21.0001256-9	
	Unid.Fiplan: 19601.0062	LID nº: 19.601.0062.21.0001173-8	
		NT nº	
Titular FÁBIO VILA-BOAS PINTO	Dotação Orçamentária: 19601.0062.10.305.313.5366.9900.33903000.0686000000.1		
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	C.N.P.J./C.P.F. 06628333000146	Insc.Estadual 202106205079
Endereço AV DOUTOR ANTONIO LIRIO CALLOU, S/N KM 02 - SITIO BARREIRAS	E-mail: rep.franciscoirmao@gmail.com	Insc.Municipal 26423/2020
Cidade Barbalha	CEP: 63180000	E-mail3:
	Estado CE	Representante Legal:
	TEL: (71) 3248-0244	Fax (71) 9971-8285

ITEM	ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO	UM	QUANTIDADE	PREÇO UNITARIO	PREÇO TOTAL	PRZENTREGA
1	Cód. do Item: 65.02.19.00116761-8 Marca: FARMACE DEXAMETASONA, fosfato dissodico, 4mg/ml, solucao injetavel, ampola ou frasco-ampola com 2,5ml. 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: ampola ou frasco-ampola.	Un	3.000,00	0,7700	2.310,00	15

TOTAL GERAL: 2.310,00

TOTAL POR EXTENSO: DOIS MIL E TREZENTOS E DEZ REAIS

UNIDADE: SECRETARIA DA SAUDE - FUNDO ESTADUAL DE SAUDE - HOSPITAL REGIONAL PRADO VALADARES

LOCAL DE ENTREGA: 19.102.0001 - ALMOXARIFADO CENTRO

Jequié

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 **00035208805** e o código CRC **2AEF324C**.
