



Secretaria SECRETARIA DA SAUDE	RM nº: 19.27839/2021	AFM nº: 19.102.01124/2021	Página 1
Emitente FUNDO ESTADUAL DE SAUDE - HOSPITAL REGIONAL PRADO VALADARES	Licitação nº: 19.180-PE232/2020	Geração 01/09/2021	
Endereço RUA SAO CRISTOVAO, S/N, CENTRO	Dispensa Tradicional nº:	Emissão 01/09/2021	
Cidade Jequié	Data Public.	Processo nº: 019890620210113462-74	
C.N.P.J. 05816630000152	Data abertura	SRD nº: 19.601.0062.21.0001269-0	
	Unid.Fiplan: 19601.0062	LID nº: 19.601.0062.21.0001187-8	
		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 PRATI DONADUZZI & CIA LTDA C.N.P.J./C.P.F. 73856593000166 Insc.Estadual 41806327-06  
 Endereço RUA MITSUGORO TANAKA, 145 - CENTRO IND NILTON ARRUDA E-mail: licitacao@pratidonaduzzi.com.br Insc.Municipal 8136  
 CEP: 85903630 E-mail3:  
 Cidade Toledo Estado PR Representante Legal: TEL.: (45) 2103-1166 Fax (45) 2103-1396

ITEM	ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO	UM	QUANTIDADE	PREÇO UNITARIO	PREÇO TOTAL	PRZENTREGA
1	Cód. do Item: 65.02.19.00105233-0 Marca: PRATI DONADUZZI METFORMINA, cloridrato, comprimido, 850mg, A embalagem devida conter a 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	600,00	0,0750	45,00	15

TOTAL GERAL: 45,00

TOTAL POR EXTENSO: QUARENTA E CINCO 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 **Mara Soares Rangel, Farmacêutico**, em 03/09/2021, às 11:20, 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 **Ana Paula de Assis Camargo Lacerda, Diretor Geral em Exercício**, em 03/09/2021, às 14:29, 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 **Ana Emilia de Jesus da Silva, Representante Legal da Empresa**, em 15/09/2021, às 16:22, 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](https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **00035218075** e o código CRC **DB644645**.