



RM nº: 19.27847/2021 AFM nº: 19.102.01128/2021
 Licitação nº: 19.180-PE200/2020 Geração 01/09/2021
 Dispensa Tradicional nº: Emissão 01/09/2021
 Data Public. Processo nº: 019890620210113477-51
 Data abertura SRD nº: 19.601.0062.21.0001273-9
 Unid.Fiplan: 19601.0062 LID nº: 19.601.0062.21.0001191-6
 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 FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA C.N.P.J./C.P.F. 05400006000170 Insc. Estadual 58699102
 Endereço RUA CONDE DO ARCO, 200 - SUBAE E-mail: eletronico@fabmed.com.br E-mail2:
 Cidade Feira de Santana Estado BA CEP: 44094588 E-mail3:
 Representante Legal Cledson Nunes Ribeir TEL.: (75) 4009-7171 Fax (75) 4009-7150

ITEM	ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO	UM	QUANTIDADE	PREÇO UNITARIO	PREÇO TOTAL	PRZENTREGA
1	Cód. do Item: 65.02.19.00115240-8 Marca: HYPOFARMA NOREPINEFRINA, hemitartrato, 2mg/mL (equiv. a 1mg de norepinefrina base), solucao injetavel, ampola com 4mL. A embalagem deve conter 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 do fabricante fora do MERCOSUL, apresentar documento do pais de origem traduzido por tradutor oficial. Unidade de fornecimento: ampola.	Un	4.000,00	8,6200	34.480,00	15

TOTAL GERAL: 34.480,00

TOTAL POR EXTENSO: TRINTA E QUATRO MIL E QUATROCENTOS E OITENTA REAIS

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 **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](#).



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 **00035218169** e o código CRC **B6C7B53D**.
