

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

| | | | |
|---|--|--|----------|
| SECRETARIA DA SAUDE FUNDO ESTADUAL DE SAUDE - HOSPITAL REGIONAL PRADO VALADARES RUA SAO CRISTOVAO, S/N, CENTRO Cidade: SAO CRISTOVAO - BA CEP: 45.203-110 | RM nº: 19.31140/2021 Licitação nº: 19.180-PE154/2020 Dispensa Tradicional nº: Data Public: 28/09/2021 Data abertura: 28/09/2021 Unid.Fiplan: 19601.0062 | AFM nº: 19.102.01267/2021 Geração: 28/09/2021 Emissão: 28/09/2021 Processo nº: 019890620210128421-19 SRD nº: 19.601.0062.21.0001471-5 LID nº: 19.601.0062.21.0001373-0 INT nº: _____ | Página 1 |
| BIO VILA-BOAS PINTO E 09.01.2021 | Dotação Orçamentária: 19601.0062.10.305.313.5366.9900.33903000.0666000000.1 | | |

al deve ser emitida em nome do emitente acima, contendo código do item contratado, banco/agência/conta bancária e nº da AFM.

MEDYCAMENTHA PRODUTOS ONCOLOGICOS E HOSPITALARES LTDA

J.A. ROCHA LEAL, 39 CASA - BARBALHO

E-mail: licitacao@medycamentha.com.br
CEP: 40030410

Estado BA Representante Legal:

C.N.P.J./C.P.F. 13778147000159

Insc. Estadual 23349658

Insc. Municipal 055.258/001-15

TEL: (71) 3327-8000 Fax (71) 3241-5908

ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO

| UM | QUANTIDADE | PREÇO UNITARIO | PREÇO TOTAL | PRZ.ENTREGA |
|--|------------|----------------|-------------|-------------|
| do Item: 65.02.19.00099617-3 Marca: BOEHRINGER PLASE, po liofilizado, injetavel, frasco ampola 50mg + frasco-ampola com 50mL do diluente. salagem deve conter venda proibida pelo comercio. sentar registro dos produtos na Anvisa e Certificado de Boas Praticas, Fabricacao e Controle - CBPFC do fabricante orme resolucao Anvisa nº 460/99. Em caso de fabricante fora do mercosul, apresentar documento do pais de origem traduzido radutor oficial. | 20,00 | 2.088,3300 | 41.766,60 | 15 |

TOTAL GERAL: 41.766,60

R EXTENSO: QUARENTA E UM MIL, SETECENTOS E SESENTA E SEIS REAIS E SESSENTA CENTAVOS

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

ENTREGA: 19.102.0001 - ALMOXARIFADO

CENTRO

RUA SAO CRISTOVAO, S/N, CENTRO
(73)528-7131

COORDENADOR

DIRIGENTE

FORNECEDOR

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



Secretaria **SEX**
Emitente **FU**
Endereço **RU**
Cidade **Jequi**
C.N.P.J. **058**
Titular **FÁ**
Decreto **DO**

A Nota Fisc

Fornecedor **I**

Endereço **RI**

Cidade **Sa**

ITEM ESPEC

1 Cód.
ALTEI
A em
Apres
confi
por t

TOTAL POF

UNIDADE:

LOCAL DE F

Jequié



Documento assinado eletronicamente por **Mara Soares Rangel, Farmacêutico**, em 29/09/2021, às 16:27, 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 30/09/2021, às 16:33, 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 **00036457818** e o código CRC **9651CA56**.