

Secretaria	SECRETARIA DA SAUDE			RM nº:	19.14160/2019	AFM nº:	19.183.00197/2019	Página	1
Emitente	FUNDO ESTADUAL DE SAUDE - HOSPITAL REGIONAL DE GUANAMBI			Tel.	(77)3451-6060	Geração	28/05/2019		
Endereço	RUA DR. JOSÉ HUMBERTO NUNES, 1750			Fax	(77)3451-6060	Dispensa Tradicional nº:	28/05/2019		
Cidade	Guanambi		Estado BA	CEP:	46.430-000	Data Public.	Processo nº:	01989452019004332269	
C.N.P.J.	05816630000152	Insc.Estadual				Data abertura	SRD nº:	19.601.0097.19.0000259-2	
						Unid.Fiopl.nº:	LID nº:	19.601.0097.19.0000247-4	
Titular	FABIO VILAS-BOAS PINTO						INT nº	----	
Decreto						Dotação Orçamentária: 19601.0097.10.302.200.2641.9900.33903000.0281000000.1			

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
Endereço	RUA CONDE DO ARCO, 200 - SUBAE	E-mail	eletronico@fabmed.com.br
Cidade	Feira de Santana	Insc. Estadual	58699102
Fornecedor	Estado BA	CEP	44094588
	Representante Legal	Insc. Municipal	17.332-0
	LISIANE NUNES	TEL: (75) 4009-7171	Fax (75) 4009-7150

ITEM	ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO	UM	QUANTIDADE	PREÇO UNITARIO	PREÇO TOTAL	PRZ.ENTREGA
1	Cód. do Item: 65.02.19.00012009-0 Marca: INFAN MISOPROSTOL 25,0mcg comprimido vaginal. A embalagem deve conter " venda proibida pelo comercio ". Apresentar registro dos produtos na Anvisa e Certificado de Boas Praticas, Fabricacao e Controle - CBPFC do fabricante conforme resolucao Anvisa nº 460/99. Em caso de fabricante fora do mercosul, apresentar documento do pais de origem traduzido por tradutor oficial.	Un	300,00	7,2200	2.166,00	15

TOTAL GERAL:	2.166,00
--------------	----------

TOTAL POR EXTENSO: DOIS MIL E CENTO E SESSENTA E SEIS REAIS

UNIDADE: SECRETARIA DA SAUDE - FUNDO ESTADUAL DE SAUDE - HOSPITAL REGIONAL DE GUANAMBI

LOCAL DE ENTREGA: 19.183.0004 - FARMÁCIA

RUA DR. JOSÉ HUMBERTO NUNES, 1750

Guanambi

PARAÍSO

(77) 3451-6060

COORDENADOR

DIRIGENTE

FORNECEDOR

____ (Ba), ____/____/____

, / /

1

1ª via Fornecedor - 2ª e 3ª vias Divisão de Suprimento - 4ª Contábil/Financeira

[Insira a imagem do AEM aqui](#)



Documento assinado eletronicamente por Anzo Marcio Da Silva Rocha, Coordenador IV, em 28/05/2019, às 13:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.005, de 30 de dezembro de](#)



Documento assinado eletronicamente por Humberto da Silva Carvalho Junior, Diretor Administrativo, em 30/05/2019, às 14:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.095, de 30 de Abril de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por Delson Souza Dias, Representante Legal da Empresa, em 06/06/2019, às 10:17, conforme boletim oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.000, de 30 de dezembro de 2014](#).




A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.inscricao.ba.gov.br/ctrl/controlador_externo.php?acao=documento_confirmit&id_organ_acesso_externo=5, informando o código




EMP		NOTA DE EMPENHO		19601.0097.19.0000329-9	
Nº Pedido (PED): 19601.0097.19.0000345-1			Data de Emissão: 31/05/2019		
Nº Pedido (PAD): *** **					
Data de criação do doctº: 31/05/2019			Nº Instrumento: 19601.0097.19.0000242-1		
Unidade Orçamentária: 19601 - Fundo Estadual de Saúde			Unidade Gestora: 0097 - Hospital Geral de Guanambi		
Projeto/Atividade: 2641 - Funcionamento de Unidade Ambulatorial e Hospitalar sob Administração Direta			Recurso: Normal		Tipo de Empenho: Estimativo
Modalidade de Licitação: Pregão Eletrônico			Nº Referência Licitação: 1960100971900002474		Motivo Dispensa/Inexigibilidade licitação *** **
Subfonte - Convênio Federal:		Nº IC - Convênio Federal: *****	Restos a Pagar Não		Transferido - Restos a Pagar Não

DADOS DO CREDOR	
Código: 2013.10577-5	
Nome: FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA	
Endereço: RUA CONDE DO ARCO, 200	
Bairro: *** **	Município: *** **
CEP: 44.094-588	UF: *** **
CPF/ CNPJ/ IG: 05.400.006/0001-70	Insc. Estadual: 58699102
RG: *** **	

DEMONSTRATIVO DA RESERVA DE EMPENHO	
Dotação Orçamentária: 19601.0097.10.302.200.2641.9900.33903000.0281000000.1	
Valor Total do Empenho (R\$):	Valor por Extenso:
*** 2.166,00	DOIS MIL E CENTO E SESSENTA E SEIS REAIS *** **
Histórico: Empenho do PED Nº 19601.0097.19.0000345-1 Aquisição de medicamentos para o Hospital Regional de Guanambi conforme processo no SEI nº 019894520190043322-69	
Data de Autorização da Despesa: 31/05/2019	Ordenador de Despesa: Humberto Da Silva Carvalho Junior
<div>Humberto Da Silva Carvalho Junior Ordenador de Despesa</div>	
Observações: Situação do EMP: Empenho (EMP) normal	



Documento assinado eletronicamente por **Humberto da Silva Carvalho Junior**,
Diretor Administrativo, em 05/06/2019, às 10:21, 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&codigo_documento=7214043
informando o código
verificador **721 4043** e o código CRC **17B07C0B**.

Referência: Processo nº 019.8945.2019.0043322-69

SEI nº 7214043