


| | | |
|--|---|-----------------------|
|  <p>FUNDO MUNIC SAUDE ATILIO VIVACQUA PRACA JOSE VALENTIN LOPES CEP: 29490000 - CENTRO - ATILIO VIVACQUA/ES CNPJ: 14.355.640/0001-29 Fone/Fax: 30269600</p> | AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO REGISTRO DE PREÇO 182/2024 | |
| | 1a Via - Fornecedor | 3a Via - Almoxarifado |
| | 2a Via - Proc. de Pgto. | 4a Via - Compras |

| | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------------|
| Modalidade PREGÃO ELETRONICO | Nro 1/2024 | Un. Gestora FUNDO |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------------|

| | | |
|---------------------|---------|-------------------------|
| Números SC's | 98/2024 | ATA/Ano: 20/2024 |
|---------------------|---------|-------------------------|

| | |
|--------------------------|--|
| Valor Total (R\$) | Valor total por extenso |
| 4.127,00 | QUATRO MIL, CENTO E VINTE E SETE REAIS |

| | | | |
|-----------------------------------|---|--------------------------------|----------------------|
| Fornecedor | 104501 DROGARIA DESTAQUE LTDA | | |
| Endereço | AV RUBENS RANGEL 1064 | | |
| Bairro | CIDADE NOVA | | |
| Cidade | MARATAIZES | Estado ES | Cep 29345-000 |
| CNPJ.(RG) | 43.952.524/0001-95 | Telefone (28)99995-0122 | Fax |
| Email | drogariadestaquefarma@hotmail.com | | |
| Banco | Agência | Conta | |
| Condição Pagto | 30 | | |
| Prazo Entrega | 15 | | |
| Local Entrega | PÇ JOSE VALENTIM LOPES , Nº 2 | | |
| Bairro Entrega | CENTRO | Cep Entrega 29490-000 | |
| Fonte de Recursos/Convênio | | | |
| Observação | pedido para suprir a falta de medicamentos na farmácia básica municipal | | |

Processo Administrativo 000000008145/2023

| Unidade Requisitante | Nota de Empenho | Dotação/Elemento de Despesa |
|---|-------------------------|--|
| 006.001.010.000.000 - FUNDO / FUNDO / FUNDO / - FARMACIA BASICA | 01194/2024 R\$ 4.127,00 | 536 006.001.103030013 .20035 / 3.3.90.30.09 - MATERIAL FARMACOLOGICO |

| Item | Código Material | Unid. | Quantidade | Marca | Valor Unitário | Valor Total |
|--|-----------------|-------|------------|-------|----------------|-------------|
| 1 | 1.06.01.0347.2 | UN | 100,000 | | 7,4740 | 747,40 |
| CARBAMAZEPINA 2% SUSP. ORAL 100 ML + COPO MEDIDOR- 1 06 01 0347 2 | | | | | | |
| 2 | 1.06.01.0368.5 | UN | 3.000,000 | | 0,7000 | 2.100,00 |
| CEFALEXINA 500 MG- 1 06 01 0368 5 | | | | | | |
| 3 | 1.06.01.1421.0 | UN | 30.000,000 | | 0,0240 | 720,00 |
| HIDROCLOROTIAZIDA - 25mg- 1 06 01 1421 0 | | | | | | |
| 4 | 1.06.01.1604.3 | UN | 2.000,000 | | 0,2798 | 559,60 |
| NITROFURANTOINA 100MG- 1 06 01 1604 3 | | | | | | |

Nota:
A contratação se justifica diante da responsabilidade atribuída ao município em custear os medicamentos e insumos farmacêuticos no âmbito da atenção básica em saúde e aquelas relacionadas a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede

**FUNDO MUNIC SAUDE ATILIO VIVACQUA**

PRACA JOSE VALENTIN LOPES
CEP: 29490000 - CENTRO - ATILIO VIVACQUA/ES
CNPJ: 14.355.640/0001-29
Fone/Fax: 30269600

**AUTORIZAÇÃO DE
FORNECIMENTO
REGISTRO DE PREÇO
182/2024**

1a Via - Fornecedor 3a Via - Almoxarifado
2a Via - Proc. de Pgto. 4a Via - Compras

Autorizo o fornecimento.

ATILIO VIVACQUA/ES, 09 de outubro de 2024
