

## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA

Praca 10 de Novembro -

CNPJ: 11.415.500/0001-00 - CEP: . - - IBIRATAIA - BA

## NOTA DE EMPENHO

[illegible]



AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                           |          |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | AFM nº: 43.156.00093/2025 | Página 1 |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Geração 06/05/2025        |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Emissão 06/05/2025        |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Processo nº:              |          |
| CNPJ 11415500000100                               |  | SRD nº:                   |          |
|                                                   |  | LID nº:                   |          |
|                                                   |  | INT nº:                   |          |

|                                   |  |                                 |
|-----------------------------------|--|---------------------------------|
| Titular HEBER STEVS CÂNCIO E LIMA |  | RM nº: 43.13305/2025            |
| Decreto                           |  | Licitação nº: 19.180-PE163/2024 |
|                                   |  | Dispensa Tradicional nº:        |
|                                   |  | Data Public:                    |
|                                   |  | Data abertura                   |
|                                   |  | Unid. Foplan:                   |

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

A sanção de multa, será aplicada ao responsável por qualquer das infrações administrativas previstas no art. 155 da Lei Federal nº 14.133/2021. Para fins desta contratação fica estabelecido o percentual de % para multa moratória e % para multa compensatória, em observância aos parâmetros estabelecidos no Decreto Estadual nº 23.113/2024.

|                                                                |  |                                        |                           |
|----------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------|---------------------------|
| Fornecedor PRATI DONADUZZI & CIA LTDA                          |  | CNPJ/CPF 7385659300016                 | Insc. Estadual 4180632706 |
| Endereço RUA MITSUGORO TANAKA, 145 - CENTRO IND. NÍLTON ARRUDA |  | E-mail licitacao@pratidonaduzzi.com.br | Insc. Municipal 8136      |
| Cidade Toledo                                                  |  | CEP 85903630                           | TEL: (45) 2103-166        |
|                                                                |  | Representante Legal:                   |                           |

| ITEM ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | UM | Emb. | QUANTIDADE | PREÇO UNITARIO | PREÇO TOTAL PRZENT. REGA |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|------------|----------------|--------------------------|
| 1                                                  | Cód. do item: 65.62.43.00000145-7 Marca: PRATI METRONIDAZOL 10mg/g, gel vaginal, bisnaga com 50g + 10 aplicadores. A embalagem deve apresentar a frase: vende proibida pelo comercio. O fornecedor deve apresentar bula, registro do produto na ANVISA e certificado de boas praticas de fabricação - CUPF em conformidade com as resolucoes da ANVISA em vigencia. Em caso do fabricante fora do MERCOSUL, apresentar documento do pais de origem autorizado por tradutor oficial. | Un | 50   | 200,00     | 5,7500         | 1.150,00 30              |
| Unidade de fornecimento: bisnaga                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |      |            |                |                          |
| ITEM DE COMPRA EXCLUSIVA PARA UNIDADES MUNICIPAIS. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |      |            |                |                          |





GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

# AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |                      |                          |
|---------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |                      | AFM nº 43.156.00093/2025 |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |                      | Geração 06/05/2025       |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |                      | Emissão 06/05/2025       |
| Cidade Ibirataia                                  | Estado BA            | Processo nº:             |
| C.N.P.J 11415500000100                            | Insc Estadual ISENTO | SRD nº:                  |
|                                                   |                      | LID nº:                  |
|                                                   |                      | INT nº:                  |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Titular HEBER STEVS CÂNCIO E LIMA |  |
| Decreto                           |  |

A Nota Fiscal deve ser emitida em nome do emitente acima, contendo código do item contratado, banco/agência/conta bancária e nº da AFM.  
A sanção de multa, será aplicada ao responsável por qualquer das infrações administrativas previstas no art. 155 da Lei Federal nº 14.133/2021. Para fins desta contratação fica estabelecido o percentual de % para multa moratória e % para multa compensatória, em observância aos parâmetros estabelecidos no Decreto Estadual nº 23.113/2024.

|                                                               |                                         |                              |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|
| Fornecedor PIA TIDONADUZZI & CIA LTDA                         | CNPJ/C.P.F. 73856593000166              | Insc. Est. do I.B. 180632706 |
| Endereço RUA MITSUGURO TANAKA, 145 - CENTRO IND NILTON ARRUDA | E-mail: licitacao@pradidonaduzzi.com.br | Insc. Municipal 8136         |
| Cidade Toledo                                                 | CEP 5903630                             | TEL (45) 2103-1166           |
| Estado PR                                                     | Representante Legal:                    |                              |

| ITEM ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO | QUANTIDADE | PREÇO UNITARIO | PREÇO TOTAL | PRZ. EN. RESA |
|------------------------------------|------------|----------------|-------------|---------------|
| TOTAL GERAL: 1.150,00              |            |                |             |               |

TOTAL POR EXTENSO: UM MIL E CENTO E CINQUENTA REAIS

UNIDADE: SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIPATAIA

LOCAL DE ENTREGA: 43.156.0001 - CENTRO DE ABASTECIMENTO FARMACÉUTICO IBIRATAIA

Ibirataia NOVA IBIRATAIA DE CIMA

(Ba), 11/11/2025

COORDENADOR

DIRIGENTE

FONECEDOR

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA**

Praça 10 de Novembro -

CNPJ: 11.415.500/0001-00 - CEP: . - - IBIRATAIA - BA

## NOTA DE EMPENHO

| <b>EMPENHO:</b> 277 / 2025                                                                                                                                                                             |                                                                         | <b>Data do Empenho:</b>                                        | <b>TIPO DO EMPENHO:</b> Estimativo     |                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>FORNECEDOR</b>                                                                                                                                                                                      |                                                                         |                                                                |                                        |                                      |
| <b>Nome:</b>                                                                                                                                                                                           | 27932 - ONCO PROD. DISTTIBUIDORA PRODUTOS HOSPITALARES E ONCOLÓGICOS LT |                                                                | <b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica           |                                      |
| <b>Endereço:</b>                                                                                                                                                                                       | STRC Trecho 3 Conjunto C - BOX 04,                                      |                                                                | <b>Complemento:</b>                    | <b>Cidade:</b>                       |
| <b>Bairro:</b>                                                                                                                                                                                         | Zona Industrial (Guara?)                                                | <b>Insc. Estadual:</b> 07747214000254                          | <b>CPF:</b>                            | <b>Estado:</b>                       |
| <b>CNPJ:</b>                                                                                                                                                                                           | 04.307.650/0025-02                                                      | <b>Agência:</b>                                                | <b>RG:</b>                             |                                      |
| <b>Conta:</b>                                                                                                                                                                                          |                                                                         | <b>Nº PIX:</b>                                                 | <b>Banco:</b> -                        |                                      |
| <b>Tipo PIX:</b>                                                                                                                                                                                       |                                                                         |                                                                |                                        |                                      |
| <b>DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA</b>                                                                                                                                                                            |                                                                         |                                                                |                                        |                                      |
| <b>Reduzido:</b>                                                                                                                                                                                       | 2047.3330.15001002 - ORÇAMENTÁRIO E SUPLEMENTAR                         |                                                                |                                        |                                      |
| <b>Unidade:</b>                                                                                                                                                                                        | 0801001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                                      |                                                                |                                        |                                      |
| <b>Função:</b>                                                                                                                                                                                         | 10 - Saúde                                                              |                                                                |                                        |                                      |
| <b>Sub-Função:</b>                                                                                                                                                                                     | 122 - ADMINISTRAÇÃO GERAL                                               |                                                                |                                        |                                      |
| <b>Programa:</b>                                                                                                                                                                                       | 004 - IBIRATAIA DE MÃOS DADAS PELA SAUDE                                |                                                                |                                        |                                      |
| <b>Ação:</b>                                                                                                                                                                                           | 2.047 - MANUTENÇÃO DAS AÇÕES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                |                                                                |                                        |                                      |
| <b>Elemento:</b>                                                                                                                                                                                       | 3.3.90.30.00 - Material de Consumo                                      |                                                                |                                        |                                      |
| <b>Fonte:</b>                                                                                                                                                                                          | 1500 - ( CO 1002 ) - Recursos não Vinculados de Impostos                |                                                                |                                        |                                      |
| <b>Sub-Elemento:</b>                                                                                                                                                                                   | 3.3.90.30.99 - OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO                              |                                                                |                                        |                                      |
| <b>Modalidade:</b>                                                                                                                                                                                     | Registro de Preço Compartilhado                                         | <b>Nº Lic.:</b> 0159/2024RP<br><b>Contrato:</b> 106807232/2025 | <b>Saldo Anterior:</b><br>1.323.058,10 | <b>Valor do Empenho:</b><br>3.100,32 |
| <b>Convênio:</b>                                                                                                                                                                                       | -                                                                       |                                                                |                                        | <b>Saldo Atual:</b><br>1.319.957,78  |
| <b>Patrimônio:</b>                                                                                                                                                                                     | -                                                                       |                                                                |                                        |                                      |
| <b>HISTÓRICO</b>                                                                                                                                                                                       |                                                                         |                                                                |                                        |                                      |
| VALOR QUE SE EMPNHA PARA ATENDER NA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS, ADERIDOS NA ATA DE REGISTRO DE PREÇO DO ESTADO-B.A. PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 019.8712.2024.65470-53. BECLOMETASONA, DIPROPINATO 50MCG |                                                                         |                                                                |                                        |                                      |
| #                                                                                                                                                                                                      | Três mil e cem reais e trinta e dois centavos.                          | ##                                                             | 3.100,3                                |                                      |
| <p><b>Autorizo o empenho da despesa supra mencionada em 17/03/2025.</b></p> <hr/> <p align="center"><b>HEBER STEVES CANCIO E LIMA</b><br/>Secretário de Saúde<br/>CPF: 947.345.185-72</p>              |                                                                         |                                                                |                                        |                                      |
| <p><b>Declaro que a importância supra foi deduzida do crédito próprio em 17/03/2025.</b></p> <hr/> <p align="right"><b>ALEX DOS SANTOS GOIABEIRA</b><br/>Coordenador<br/>CPF: 006.954.845-59</p>       |                                                                         |                                                                |                                        |                                      |



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

## AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

Página 2

Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB

Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA

Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA

Cidade Ibirataia

C.N.P.J. 1141550000100

Insc. Estadual ISENTO

Estado BA

Tel. (73)3537-2740  
CEP: 45.580-000

RM nº: 43.10202/2025  
Licitação nº: 19.180-PE159/2024

Dispensa Tradicional nº:

Data Public.

Data abertura

Unid. Fp/plan:

AFM nº: 43.156.00085/2025  
Geração 02/04/2025  
Emissão 02/04/2025

Processo nº:

SRD nº:

LID nº:

INT nº

Titular HEBER STEVS CÂNCIO B LIMA

Decreto

A Nota Fiscal deve ser emitida em nome do emitente acima, contendo código do item contratado, banco/agência/conta bancária e nº da AFM.  
A sanção de multa, será aplicada ao responsável por qualquer das infrações administrativas previstas no art. 155 da Lei Federal nº 14.133/2021. Para fins desta contratação fica estabelecido o percentual de % para multa moratória e % para multa compensatória, em observância aos parâmetros estabelecidos no Decreto Estadual nº 23.113/2024.

Fornecedor ONCO PROD DIST. PROD. HOSPITALARES E ONCOLOGICOS LTDA

Endereço TR STRC TRECHO 3 CONJUNTO C, 06 BOX 04 - ZONA INDUSTRIAL

Cidade Brasília

Estado DF

Representante Legal:

UM Emb.

E-mail: licitacoes@oncoprod.com.br

CEP: 71225333

E-mail:

TEL: (11) 2185-3435

C.N.P.J./C.P.F. 04307650002502

Insc. Municipal

Insc. Estadual 343904/83

ITEM ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO

TOTAL GERAL: 645,90

TOTAL POR EXTENSO: SEISCENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS E NOVENTA CENTAVOS

UNIDADE: SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA

LOCAL DE ENTREGA: 43.166.0002 - CENTRO DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO IBIRATAIA

Ibirataia

RUA EUNISIO COELHO TEIXEIRA Nº

7335372740

COORDENADOR

DIRIGENTE

FORNECEDOR

(Ba), 02/04/2025

Alex Santos Santana

[Assinatura]

04/04/25

[Assinatura]

Gilvana Santos Santana

CPF: 470.153.298-32

RG: 37.731.050-5

1ª Via Fornecedor - 2ª e 3ª Vias Divisão de Suprimento - 4ª Contábil/Financeira

A contratação com o FORNECEDOR obedecerá as condições do instrumento convocatório e da minuta de contrato dele constante, que esta AFMAPS integra independentemente de transcrição.



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |                      |                                 |                          |          |
|---------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------|--------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |                      | RM nº 43.10202/2025             | AFM nº 43.156.00085/2025 | Página 1 |
| Entidade FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |                      | Licitação nº 19.180-PE/159/2024 | Geração 02/04/2025       |          |
| Endereço RUA EUNISIO COELHO TEIXEIRA              |                      | Dispensa Tradicional nº         | Emissão 02/04/2025       |          |
| Cidade Ibitaita                                   | Estado BA            | Data Public.                    | SRD nº                   |          |
| CNP.J. 1141350000100                              | Insc Estadual ISENTO | Data abertura                   | LID nº                   |          |
| Titular HEBER STEVS CÂNCIO E LIMA                 |                      | Unid. Tripart.                  | INT nº                   |          |
| Decreto                                           |                      |                                 |                          |          |

A Nota Fiscal deve ser emitida em nome do ente acima, contendo código do item contratado, banco/agência/conta bancária e nº da AFM.  
A sanção de multa, será aplicada ao responsável por qualquer das infrações administrativas previstas no art. 155 da Lei Federal nº 14.133/2021. Para fins desta contratação fica estabelecido o percentual de % para multa moratória e % para multa compensatória, em observância aos parâmetros estabelecidos no Decreto Estadual nº 23.113/2024.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                  |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| Fornecedor ONCO PROD DIST. PROD. HOSPITALARES E ONCOLOGICOS LTDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CNP.J./C.P.F. 04307650002502     | Insc Estadual 343904/83 |
| Endereço TR STRC TRECHO 3 CONJUNTO C, 06 BOX 04 - ZONA INDUSTRIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | E-mail: htiacoes@oncoprod.com.br | Insc Municipal          |
| Cidade Brasília                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CEP: 71225533                    | TEL: (11) 2185-3435     |
| Estado DF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Representante Legal:             |                         |
| ITEM ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | UM                               | Fl. Emb.                |
| 1 Cód. do Item: 65.02.43.00000033-7 Marca: GLAXOSMITHKLINE Un 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 30,00                            | 21,5300                 |
| BECLOMETASONA, diprionato 50 mcg/dose, spray aquoso nasal, frasco com 200 doses. (RP MUNICÍPIOS). A embalagem deve apresentar a frase: venda proibida pelo comércio. O fornecedor deve apresentar bula, registro do produto na ANVISA e certificado de boas práticas de fabricação- CBPF em conformidade com as resoluções da ANVISA em vigência. Em caso de fabricante fora do território, apresentar documento do país de origem traduzido por tradutor oficial. | 6445,90                          | 130                     |
| Unidade de fornecimento: frasco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                  |                         |
| ITEM DE COMPRA EXCLUSIVA PARA UNIDADES MUNICIPAIS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                  |                         |

Gilvana Santos Santana  
CPF: 470.153.298-32  
RG: 37.731.050-5  
04/04/25



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA**

Praca 10 de Novembro -

CNPJ: 11.415.500/0001-00 - CEP: . - - IBIRATAIA - BA

## NOTA DE EMPENHO

|                     |                  |            |                             |
|---------------------|------------------|------------|-----------------------------|
| EMPENHO: 314 / 2025 | Data do Empenho: | 09/05/2025 | TIPO DO EMPENHO: Estimativo |
|---------------------|------------------|------------|-----------------------------|

|            |                                                    |                 |                       |
|------------|----------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| FORNECEDOR |                                                    |                 |                       |
| Nome:      | 1050914 - ONMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA |                 | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Endereço:  |                                                    |                 | Complemento:          |
| Bairro:    |                                                    | Cidade:         | Estado:               |
| CNPJ:      | 34.707.920/0001-66                                 | Insc. Estadual: | RG:                   |
| Conta:     | Agência:                                           | CPF:            |                       |
| Tipo PIX:  | Nº PIX:                                            | Banco: -        |                       |

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

|           |                |                              |
|-----------|----------------|------------------------------|
| Reduzido: | 2041.3330.1600 | - ORÇAMENTÁRIO E SUPLEMENTAR |
|-----------|----------------|------------------------------|

|                      |                                                                              |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Unidade:</b>      | 0801001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                                           |
| <b>Função:</b>       | 10 - Saúde                                                                   |
| <b>Sub-Função:</b>   | 301 - Atenção Básica                                                         |
| <b>Programa:</b>     | 004 - IBIRATAIA DE MÃOS DADAS PELA SAUDE                                     |
| <b>Ação:</b>         | 2.041 - PISO DE ATENÇÃO BÁSICA - PAB                                         |
| <b>Elemento:</b>     | 3.3.90.30.00 - Material de Consumo                                           |
| <b>Fonte:</b>        | 1600 - Transferências Fundo a Fundo do Governo Federal - Bloco de Manutenção |
| <b>Sub-Elemento:</b> | 3.3.90.30.99 - OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO                                   |

|                                                    |                                |                       |                         |                    |
|----------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------|
| <b>Modalidade:</b> Registro de Preço Compartilhado | <b>Nº Lic.:</b> 0163/2024RP    | <b>Saldo Anterior</b> | <b>Valor do Empenho</b> | <b>Saldo Atual</b> |
| <b>Convênio:</b>                                   | <b>Contrato:</b> 00110035629AT | 681.053,40            | <b>7.350,00</b>         | 673.703,40         |
| <b>Patrimônio:</b> -                               |                                |                       |                         |                    |

| HISTÓRICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>EMPENHA PARA ATENDER NA PROVENIENTE AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA ATENDER AS DEMANDAS DA FARMÁCIA CENTRAL DESTE MUNICÍPIO, ATRAVES DE TERMO DE ADESÃO AO REGISTRO DE PREÇOS COMPARTILHADO, CONFORME PROCESSO ADMINISTRATIVO 019871220240078262-23, LEVODOPA + BENSERAZIDA, CLORIDRATO 200MG+50MG</p> |

| Nº Ordem | Especificação ( Item ) | Unidade | Quant. | Valor Unitário | Valor Total |
|----------|------------------------|---------|--------|----------------|-------------|
|          | -                      |         |        |                |             |
|          |                        |         |        |                |             |
|          |                        |         |        |                |             |

|                                              |          |
|----------------------------------------------|----------|
| ## Sete mil e trezentos e cinquenta reais ## | 7.350,00 |
|----------------------------------------------|----------|

|                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Autorizo o empenho da despesa supra mencionada em 09/05/2025.</p> <p></p> <hr/> <p>HEBER STEVES CANCIO E LIMA<br/>Secretário de Saúde<br/>CPF: 947.345.185-72</p> | <p>Declaro que a importância supra foi deduzida do crédito próprio em 09/05/2025.</p> <p></p> <hr/> <p>ALEX DOS SANTOS GOIABEIRA<br/>Coordenador<br/>CPF: 006.954.845-59</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

Página 1

Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB  
Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA  
Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA  
Cidade Ibirataia  
CNPJ 1141550000100

Tel. (73)3537-2740  
CEP: 45580000

Estado BA  
Insc Estadual ISENTO

RM nº: 43.13307/2025  
Licitação nº: 19.180-PE163/2024  
Dispensa Tradicional nº:  
Data Public  
Data abertura  
Unid. Plan:

AFM nº: 43.156.00095/2025  
Geração 06/05/2025  
Emissão 06/05/2025  
Processo nº:  
SRD nº:  
LID nº:  
INT nº:

Titular HEBER STEVS CÂNCIO E LIMA

Decreto

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

A sanção de multa, será aplicada ao responsável por qualquer das infrações administrativas previstas no art. 155 da Lei Federal nº 14.133/2021. Para fins desta contratação fica estabelecido o percentual de % para multa moratória e % para multa compensatória, em observância aos parâmetros estabelecidos no Decreto Estadual nº 23.113/2024.

Fornecedor ONATD DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA

Endereço RUA DO LUXEMBURGO, S/N GALPAO 2 - GRANJAS RURAIS PLES VARGA

Cidade Salvador Estado BA

Representante Legal:

E-mail: licitacao@grupoonmed.com  
CEP: 41230130

E-mail2: maria.yone@grupoonmed.com  
E-mail3:

CNPJ/C.P.F. 34707920000166

Insc. Estadual 16.054.5793

Insc. Municipal 00.765.847/001-92

TEL: (71) 3211-7598

ITEM ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO

QUANTIDADE PREÇO UNITÁRIO PREÇO TOTAL PRZ.ENTREGA

1 Cód. do Item: 65.02.43.00C00256-9 Marca: PRODUTOS ROCHE Un 30 2.000,00

LEVODOPA + Benserazida, cloridrato (200mg + 50mg), comprimido (RP MUNICIPIOS).

O fornecedor deve apresentar bula, registro do produto na ANVISA e certificado de boas práticas de fabricação - CBPF em conformidade com as resoluções da ANVISA em vigência. Em caso de fabricante fora do MERCOSUL, apresentar documento de origem, traduzido por tradutor oficial. Unidade de fornecimento: comprimido  
ITEM DE COMPRA EXCLUSIVA PARA UNIDADES MUNICIPAIS.

4.900,00 30



AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Página 2

Secretaria MIA  
Secretaria da Saúde - MUNICÍPIOS - AFB  
Fundação Municipal de Saúde de IBIRATAIA  
Endereço: RUA EUNISIO COELHO TEIXEIRA  
Cidade: Ibirataia  
C.N.P.J.: 1141550000100

Tel. (73)3537-2740  
CEP: 45580000

Estado BA  
Insc. Estadual ISENTO

Titular: HEBER STEVS CÂNCIO E LIMA

Decreto

A Nota Fiscal deve ser emitida em nome do emitente acima, contendo código do item contratado, banco/agência/conta bancária e nº da AFM.  
A sanção de multa, será aplicada ao responsável por qualquer das infrações administrativas previstas no art. 155 da Lei Federal nº 14.133/2021. Para fins desta contratação fica estabelecido o percentual de % para multa moratória e % para multa compensatória, em observância aos parâmetros estabelecidos no Decreto Estadual nº 23.113/2024.

Fornecedor: ONMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA  
Endereço: RUA DO LUXEMBURGO, S/N GALPAO 2 - GRANJAS RURAIS PRES VARGA  
Cidade: Salvador Estado BA  
CNPJ: 34707920000166  
Insc. Estadual: 160.945.793  
E-mail: licitacao@grupoonmed.com  
E-mail2: maria.yone@grupoonmed.com  
E-mail3: TEL: (71) 3211-7598

| ITEM | ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO | QUANTIDADE | PREÇO UNITÁRIO | PREÇO TOTAL | PRZ. ENTREGA |
|------|-------------------------------|------------|----------------|-------------|--------------|
|------|-------------------------------|------------|----------------|-------------|--------------|

TOTAL GERAL: 4.900,00

TOTAL POR EXTENSO: QUATRO MIL E NOVECENTOS REAIS

UNIDADE: SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA  
LOCAL DE ENTREGA: 43.156.0001 - CENTRO DE ABASTECIMENTO FARMACÉUTICO IBIRATAIA  
IBIRATAIA NOVA IBIRATAIA DE CIMA

RUA EUNISIO COELHO TEIXEIRA  
7335372740

COORDENADOR

(Ba), / /  
Alex Santos

DIRIGENTE

FORNECEDOR



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB

Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA

Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA

Cidade Ibirataia

C.N.P.J. 1141550000100

Estado BA

Insc Estadual ISENTO

Tel. (73)3537-2740

CEP: 45580000

RM nº: 43.13313/2025

Licitação nº: 19.180-PE163/2024

Dispensa Tradicional nº:

Data Public.

Data abertura

Unid. Fiplant:

SRD nº:

LID nº:

INT nº:

AFM nº: 43.156.00098/2025

Geração 06/05/2025

Emissão 06/05/2025

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Processo nº:

Titular HEBER STEVS CÂNCIO E LIMA

Decreto

A Nota Fiscal deve ser emitida em nome do emitente acima, contendo código do item contratado, banco/agência/conta bancária e nº da AFM. A sanção de multa, será aplicada ao responsável por qualquer das infrações administrativas previstas no art. 155 da Lei Federal nº 14.133/2021. Para fins desta contratação fica estabelecido o percentual de % para multa moratória e % para multa compensatória, em observância aos parâmetros estabelecidos no Decreto Estadual nº 23.113/2024.

Fornecedor ONMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA

Endereço FUA DO LUXEMBURGO, S/N GALPAO 2 - GRANJAS RURAIS PRES VARGA

Cidade Salvador

Estado BA

Representante Legal:

CNPJ/C.F.F. 34707920000166

Insc Estadual 160.945.193

Insc Municipal 00.705.847/001-72

E-mail: licitacao@grupoonmed.com

E-mail2: maria.yone@grupoonmed.com

E-mail3:

CEP: 41230130

TEL: (71) 3211-7598

| ITEM | ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO | QTD | UM | Emo | PREÇO UNITÁRIO | FREÇO TOTAL | PRZ ENTREGA |
|------|-------------------------------|-----|----|-----|----------------|-------------|-------------|
|------|-------------------------------|-----|----|-----|----------------|-------------|-------------|

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |  |  |        |          |                                                    |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--|--|--------|----------|----------------------------------------------------|
| 1 | Mod. do Item: 65.02.43.00000256-9 Marca: PRODUTOS ROCHE Un 30 LEVODOPA + Benserazida, cloridrato (200mg + 50mg), comprimido (RP MUNICÍPIOS). 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 de fabricante fora do MERCOSUL, apresentar documento do país de origem, traduzido por tradutor oficial. Unidade de fornecimento: comprimido | 1 000,00 |  |  | 2,4500 | 2.450,00 | 30                                                 |
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |  |  |        |          | ITEM DE COMPRA EXCLUSIVA PARA UNIDADES MUNICIPAIS. |





AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                                 |                           |          |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.13313/2025            | AFM nº: 43.156.00098/2025 | Página 2 |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Licitação nº: 19.180-PE163/2024 | Geração 06/05/2025        |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:        | Emissão 06/05/2025        |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public:                    | Processo nº:              |          |
| C.N.P.J. 11415500000100                           |  | Data abertura                   | SRD nº:                   |          |
|                                                   |  | Unid Fplan:                     | LID nº:                   |          |
|                                                   |  |                                 | INT nº:                   |          |
| Titular HEBER STEVS CÂNCIO E LIMA                 |  |                                 |                           |          |
| Decreto                                           |  |                                 |                           |          |

A Nota Fiscal deve ser emitida em nome do emitente acima, contendo código do item contratado, banco/agência/conta bancária e nº da AFM.  
A sanção de multa, será aplicada ao responsável por qualquer das infrações administrativas previstas no art. 155 da Lei Federal nº 14.133/2021. Para fins desta contratação fica estabelecido o percentual de % para multa moratória e % para multa compensatória, em observância aos parâmetros estabelecidos no Decreto Estadual nº 23.113/2024.

|                                                                      |                                  |                                  |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Fornecedor ONMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA                  | CNPJ/C.F.F. 347079700000166      | Insc Estadual 160.945.793        |
| Endereço RUA DO LUXEMBURGO, S/N GALPAO 2 - GRANJAS RURAIS PRES VARGA | E-mail: licitacao@grupoonmed.com | Insc Municipal 00.005.847/001-92 |
| Cidade Salvador                                                      | CEP: 41230130                    |                                  |
| Estado BA                                                            | Representante Legal:             | TEL: (71) 3211-7598              |

| ITEM | ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO | Qt. | UM | Emb. | QUANTIDADE | PREÇO UNITARIO | PREÇO TOTAL | PRZ.ENTREGA |
|------|-------------------------------|-----|----|------|------------|----------------|-------------|-------------|
|------|-------------------------------|-----|----|------|------------|----------------|-------------|-------------|

TOTAL POR EXTENSO: DOIS MIL E QUATROCENTOS E CINQUENTA REAIS

UNIDADE: SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA  
LOCAL DE ENTREGA: 43.156.0001 - CENTRO DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO IBIRATAIA  
IBIRATAIA NOVA IBIRATAIA DE CIMA

COORDENADOR (Ba), \_\_\_\_\_  
DIRIGENTE \_\_\_\_\_  
FORNECEDOR \_\_\_\_\_

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

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.