

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA**

Praca 10 de Novembro -

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

## NOTA DE SUB-EMPENHO

[illegible]



AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                                 |  |                           |          |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|---------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.35026/2025            |  | AFM nº: 43.156.00203/2025 | Página 1 |
| Entidade FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Licitação nº: 19.180-PE123/2025 |  | Geração 07/10/2025        |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:        |  | Emissão 07/10/2025        |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public.                    |  | Processo nº:              |          |
| C.N.P.J. 1141550000100                            |  | Data abertura                   |  | SRD nº:                   |          |
|                                                   |  | Unid. Filial:                   |  | LID nº:                   |          |
|                                                   |  |                                 |  | INT nº:                   |          |
| 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 FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | C.N.P.J./C.P.F. 05400006000170          | Insc. Estadual 058.699.102 NO |
| Endereço Rua Conde do Arco, 200 - 3º BI         | E-mail: sac@fabmed.com.br               | Insc. Municipal A/2025/14005  |
| Cidade Feira de Santana                         | CEP: 44094588                           |                               |
| Estado BA                                       | Representante LegaCledson Nunes Ribeiro | TEL: (75) 4009-7158           |

ITEM ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO

| ITEM | ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Ft. |      | QUANTIDADE | PREÇO UNITARIO | PREÇO TOTAL | PRZ. ENTREGA |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|------------|----------------|-------------|--------------|
|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | UM  | Emb. |            |                |             |              |
| 1    | Cód. do Item: 65.02.43.00000132-5 Marca: EMS<br>METILDOPA 250mg, comprimido (RP MUNICIPIOS). A embalagem deve apresentar 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.<br>Unidade de fornecimento: comprimido. | Un  | 30   | 7.500,00   | 0,3100         | 2.325,00    | 30           |

ITEM DE COMPRA EXCLUSIVA PARA UNIDADES MUNICIPAIS



AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                                 |                           |          |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.35026/2025            | AFM nº: 43.156.00203/2025 | Página 2 |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Licitação nº: 19.180-PE123/2025 | Geração 07/10/2025        |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:        | Emissão 07/10/2025        |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public:                    | Processo nº:              |          |
| C.N.P.J. 1141550000100                            |  | Data abertura                   | SRD nº:                   |          |
|                                                   |  | Unid. Fiplan:                   | 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 FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | CNP.JJ/C.P.F. 05400006000170            | Insc Estadual 058.699.102 NO |
| Endereço Rua Conde do Arco, 200 - 35º BI        | E-mail: sac@fabmed.com.br               | Insc Municipal A/2025/14005  |
| Cidade Feira de Santana                         | CEP: 44094588                           |                              |
| Estado BA                                       | Representante LegaCledson Nunes Ribeiro | TEL: (75) 4009-7158          |

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

|                                                                                         |  |  |  |                       |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-----------------------|--|--|
| TOTAL POR EXTENSO: DOIS MIL E TREZENTOS E VINTE E CINCO REAIS                           |  |  |  | TOTAL GERAL: 2.325,00 |  |  |
| UNIDADE: SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA |  |  |  |                       |  |  |
| LOCAL DE ENTREGA: 43.156.0002 - CENTRO DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO IBIRATAIA          |  |  |  |                       |  |  |
| Ibirataia NOVA IBIRATAIA DE CIMA                                                        |  |  |  |                       |  |  |
| COORDENADOR                                                                             |  |  |  | DIRIGENTE             |  |  |
| (Ba), / /                                                                               |  |  |  | FORNECEDOR            |  |  |







AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                                 |  |                           |  |          |  |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|---------------------------|--|----------|--|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.35035/2025            |  | AFM nº: 43.156.00209/2025 |  | Página 1 |  |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Licitação nº: 19.180-PE164/2025 |  | Geração 07/10/2025        |  |          |  |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:        |  | Emissão 07/10/2025        |  |          |  |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public:                    |  | Processo nº:              |  |          |  |
| C.N.P.J. 11415500000100                           |  | Data abertura                   |  | SRD nº:                   |  |          |  |
| Titular HEBER STEVS CÂNCIO E LIMA                 |  | Unid. Fijian:                   |  | LID nº:                   |  |          |  |
| Decreto                                           |  |                                 |  | INT nº:                   |  |          |  |

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 | FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | C.N.P.J./C.P.F. | 05400006000170    | Insc. Estadual            | 058.699.102             | Nº                           |
| Endereço   | Rua Conde do Arco, 200 - 35º BI      | E-mail1:        | sac@fabmed.com.br | E-mail2:                  | licitacao@fabmed.com.br | Insc. Municipal A/2025/14005 |
| Cidade     | Feira de Santana                     | CEP:            | 44094588          | E-mail3:                  |                         |                              |
|            | Estado                               | BA              | Representante     | Legacledson Nunes Ribeiro | TEL:                    | (75) 4009-7158               |

ITEM ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | UM | Emb. | Ft.    | QUANTIDADE | PREÇO UNITARIO | PREÇO TOTAL | PRZ.ENTREGA |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|--------|------------|----------------|-------------|-------------|
| 1 | Cód. do Item: 65.02.43.00000084-1 Marca: TEUTO NITROFURANTOINA, 100mg capsula (RP MUNICÍPIOS). A embalagem deve apresentar 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: capsula | Un | 280  | 450,00 | 0,2400     | 108,00         | 30          |             |

ITEM DE COMPRA EXCLUSIVA PARA UNIDADES MUNICIPAIS.

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.



|                                                   |  |                                 |                           |          |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.35035/2025            | AFM nº: 43.156.00209/2025 | Página 2 |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Licitação nº: 19.180-PE164/2025 | Geração 07/10/2025        |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:        | Emissão 07/10/2025        |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public.                    | Processo nº:              |          |
| C.N.P.J. 1141550000100                            |  | Data abertura                   | SRD nº:                   |          |
|                                                   |  | Unid. Fiplan:                   | 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 FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | C.N.P.J./C.P.F. 05400006000170          | Insc. Estadual 058.699.102 NO |
| Endereço Rua Conde do Arco, 200 - 35º BI        | E-mail: sac@fabmed.com.br               | Insc. Municipal A/2025/14005  |
| Cidade Feira de Santana                         | CEP: 44094588                           |                               |
|                                                 | Representante LegaCledson Nunes Ribeiro | TEL: (75) 4009-7158           |

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

TOTAL POR EXTENSO: CENTO E OITO REAIS

TOTAL GERAL: 108,00

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

LOCAL DE ENTREGA: 43.156.0002 - CENTRO DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO IBIRATAIA

Ibirataia

RUA EUNISIO COELHO TEIXEIRA N9

7335372740

COORDENADOR

DIRIGENTE

FORNECEDOR

(Ba),







|                                                   |  |                                 |  |                           |          |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|---------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.35012/2025            |  | AFM nº: 43.156.00194/2025 | Página 1 |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Licitação nº: 19.180-PE166/2024 |  | Geração 07/10/2025        |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:        |  | Emissão 07/10/2025        |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public.                    |  | Processo nº:              |          |
| C.N.P.J. 11415500000100                           |  | Data abertura                   |  | SRD nº:                   |          |
|                                                   |  | Unid. Fiplant:                  |  | LID nº:                   |          |
|                                                   |  |                                 |  | INT nº:                   |          |
| Titular HEBER STEVS CÂNCIO E LIMA                 |  | Tel. (73)3537-2740              |  |                           |          |
| Decreto                                           |  | CEP: 45580000                   |  |                           |          |
|                                                   |  | Estado BA                       |  |                           |          |
|                                                   |  | Insc. Estadual ISENTO           |  |                           |          |

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 | FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | CNP.J./C.P.F. | 054000060000170   | Insc. Estadual | 058.699.102 NO            |
| Endereço   | Rua Conde do Arco, 200 - 35º BI      | E-mail:       | sac@fabmed.com.br | E-mail2:       | licitacao@fabmed.com.br   |
|            |                                      | CEP:          | 44094588          | E-mail3:       |                           |
| Cidade     | Feira de Santana                     | Estado        | BA                | Representante  | Legacledson Nunes Ribeiro |
|            |                                      |               |                   | TEL:           | (75) 4009-7158            |

| ITEM | ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Ft. |      | QUANTIDADE | PREÇO UNITARIO | PREÇO TOTAL | PRZ.ENTREGA |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|------------|----------------|-------------|-------------|
|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Un  | Emb. |            |                |             |             |
| 1    | Cód. do Item: 65.02.43.00000139-2 Marca: UNICHEM AMOXICILINA 500mg, capsula. A embalagem deve apresentar a frase: venda proibida pelo comercio. O fornecedor deve apresentar bula, registro do produto na ANVISA e certificado de boas praticas de fabricação - 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.<br>Unidade de fornecimento: capsula<br>ITEM DE COMPRA EXCLUSIVA PARA UNIDADES MUNICIPAIS. | Un  | 500  | 10.000,00  | 0,1900         | 1.900,00    | 30          |





GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                                 |                           |          |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.35012/2025            | AFM nº: 43.156.00194/2025 | Página 2 |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Licitação nº: 19.180-PE166/2024 | Geração 07/10/2025        |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:        | Emissão 07/10/2025        |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public.                    | Processo nº:              |          |
| C.N.P.J. 11415500000100                           |  | Data abertura                   | SRD nº:                   |          |
|                                                   |  | Unid. Fiplan:                   | 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 FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | C.N.P.J./C.P.F. 054000060000170         | Insc. Estadual 058.699.102 NO |
| Endereço Rua Conde do Arco, 200 - 35º BI        | E-mail: sac@fabmed.com.br               | Insc. Municipal A/2025/14005  |
| Cidade Feira de Santana                         | CEP: 44094588                           |                               |
|                                                 | Representante LegaCledson Nunes Ribeiro | TEL.: (75) 4009-7158          |

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

TOTAL POR EXTENSO: UM MIL E NOVECIENTOS REAIS

TOTAL GERAL: 1.900,00

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

LOCAL DE ENTREGA: 43.156.0002 - CENTRO DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO IBIRATAIA

Ibirataia NOVA IBIRATAIA DE CIMA

RUA EUNISIO COELHO TEIXEIRA N9

7335372740

COORDENADOR

DIRIGENTE

FORNECEDOR

(Ba), / /

Alex Santos





AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                                 |  |                           |  |          |  |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|---------------------------|--|----------|--|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.35007/2025            |  | AFM nº: 43.156.00190/2025 |  | Página 1 |  |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Licitação nº: 19.180-PE166/2024 |  | Geração 07/10/2025        |  |          |  |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:        |  | Emissão 07/10/2025        |  |          |  |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public.                    |  | Processo nº:              |  |          |  |
| C.N.P.J. 11415500000100                           |  | Data abertura                   |  | SRD nº:                   |  |          |  |
|                                                   |  | Und. Fp/ant:                    |  | LID nº:                   |  |          |  |
|                                                   |  |                                 |  | INT nº:                   |  |          |  |
| Titular HEBER STEVS CÂNCIO E LIMA                 |  | Tel. (73)3537-2740              |  |                           |  |          |  |
| Decreto                                           |  | CEP: 45580000                   |  |                           |  |          |  |
|                                                   |  | Estado BA                       |  |                           |  |          |  |
|                                                   |  | Insc. Estadual ISENTO           |  |                           |  |          |  |

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 FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | C.N.P.J./C.P.F. 054000060000170         | Insc Estadual 058.699.102 NO |
| Endereço Rua Conde do Arco, 200 - 35º BI        | E-mail: sac@fabmed.com.br               | Insc. Municipal A/2025/14005 |
| Cidade Feira de Santana                         | CEP: 44094588                           |                              |
|                                                 | Representante LegaCledson Nunes Ribeiro | TEL: (75) 4009-7158          |

| ITEM | ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ft. |      | QUANTIDADE | PREÇO UNITARIO | PREÇO TOTAL | PRZ. ENTREGA |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|------------|----------------|-------------|--------------|
|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | UM  | Emb. |            |                |             |              |
| 1    | Cód. do Item: 65.02.43.00000137-6 Marca: AIRELA<br>ACIDO folico, 0,2 mg/ml, sol. oral, frasco com 30ml. A embalagem deve apresentar a frase: venda proibida pelo comercio. O fornecedor deve apresentar bula, registro do produto na ANVISA e certificado de boas praticas de fabricação - 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.<br>Unidade de fornecimento: frasco<br>ITEM DE COMPRA EXCLUSIVA PARA UNIDADES MUNICIPAIS. | Un  | 50   | 300,00     | 3,4900         | 1.047,00    | 30           |

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.





AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                                 |                           |          |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.35007/2025            | AFM nº: 43.156.00190/2025 | Página 2 |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Licitação nº: 19.180-PE166/2024 | Geração 07/10/2025        |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:        | Emissão 07/10/2025        |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public.                    | Processo nº:              |          |
| C.N.P.J. 1141550000100                            |  | Data abertura                   | SRD nº:                   |          |
|                                                   |  | Unid. Fiplan:                   | 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 FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | C.N.P.J./C.P.F. 05400006000170          | Insc. Estadual 058.699.102 NO |
| Endereço Rua Conde do Arco, 200 - 35º BI        | E-mail: sac@fabmed.com.br               | Insc. Municipal A/2025/14005  |
| Cidade Feira de Santana                         | CEP: 44094588                           |                               |
| Estado BA                                       | Representante LegaCledson Nunes Ribeiro | TEL: (75) 4009-7158           |

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

TOTAL POR EXTENSO: UM MIL E QUARENTA E SETE REAIS

TOTAL GERAL: 1.047,00

|                                                                                         |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| UNIDADE: SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA |                                |
| LOCAL DE ENTREGA: 43.156.0002 - CENTRO DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO IBIRATAIA          | RUA EUNISIO COELHO TEIXEIRA N9 |
| Ibirataia                                                                               | NOVA IBIRATAIA DE CIMA         |
|                                                                                         | 7335372740                     |
|                                                                                         | DIRIGENTE                      |
|                                                                                         | FORNECEDOR                     |

(Ba), / /

COORDENADOR

Atex Santos

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.

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA**

Praça 10 de Novembro -

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

## NOTA DE SUB-EMPENHO

EMPENHO: 541 / 2025      Nº SUB-EMPENHO: 1      Data do Sub-Empenho: 07/10/2025      TIPO DO EMPENHO: Estimativo

|                   |                                                      |
|-------------------|------------------------------------------------------|
| <b>FORNECEDOR</b> |                                                      |
| <b>Nome:</b>      | <b>25649 - FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA.</b> |
| <b>Endereço:</b>  | <b>RUA CONDE DO ARCO, N°200,</b>                     |
| <b>Bairro:</b>    | <b>SUBAE</b>                                         |
| <b>CNPJ:</b>      | <b>05.400.006/0001-70</b>                            |
| <b>Conta:</b>     | <b>Insc. Estadual:</b>                               |
| <b>Tipo PIX:</b>  | <b>Agência:</b>                                      |
|                   | <b>Nº PIX:</b>                                       |
|                   | <b>Cidade:</b> FEIRA DE SANTANA                      |
|                   | <b>Complemento:</b>                                  |
|                   | <b>CPF:</b>                                          |
|                   | <b>Banco:</b> -                                      |
|                   | <b>RG:</b>                                           |
|                   | <b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica                         |
|                   | <b>Estado:</b> BA                                    |

|                      |                                             |                             |
|----------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|
| DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA |                                             |                             |
| Reduzido:            | 2041.3330.1600 - ORÇAMENTÁRIO E SUPLEMENTAR | Data do Empenho: 07/10/2025 |

|               |                                                                              |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Unidade:      | 0801001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                                           |
| Função:       | 10 - Saúde                                                                   |
| Sub-Função:   | 301 - Atenção Básica                                                         |
| Programa:     | 004 - IBIRATAIA DE MÃOS DADAS PELA SAÚDE                                     |
| Ação:         | 2.041 - PISO DE ATENÇÃO BÁSICA - PAB                                         |
| Elemento:     | 3.3.90.30.00 - Material de Consumo                                           |
| Fonte: *      | 1600 - Transferências Fundo a Fundo do Governo Federal - Bloco de Manutenção |
| Sub-Elemento: | 3.3.90.30.36 - MATERIAL HOSPITALAR                                           |

|                    |                                 |                  |               |                       |                         |                    |
|--------------------|---------------------------------|------------------|---------------|-----------------------|-------------------------|--------------------|
| <b>Modalidade:</b> | Registro de Preço Compartilhado | <b>Nº Lic.:</b>  | 109/2025RP    | <b>Saldo Anterior</b> | <b>Valor do Empenho</b> | <b>Saldo Atual</b> |
| <b>Convênio:</b>   |                                 | <b>Contrato:</b> | 00114779951AT | 608.743,74            | <b>8.800,00</b>         | 599.943,74         |
| <b>Patrimônio:</b> | -                               |                  |               |                       |                         |                    |

|                                                                                                                                                                                                                                               |                             |                    |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------|--------------------|
| <b>HISTÓRICO</b><br>DESTINA-SE A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA ATENDER AS DEMANDAS DA FARMACIA CENTRAL DESTE MUNICÍPIO, ATRAVES DE TERMO DE ADESÃO AO REGISTRO DE PREÇOS COMPARTILHADOS, MEDICAÇÃO PROMETAZINA cloridrato, 25mg, comprimido. | <b>Movimentação Empenho</b> |                    |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Saldo Anterior</b>       | <b>Sub-Empenho</b> | <b>Saldo Atual</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                               | 8.800,00                    | <b>4.800,00</b>    | 4.000,00           |

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

|                                     |          |
|-------------------------------------|----------|
| ## Quatro mil e oitocentos reais ## | 4.800,00 |
|-------------------------------------|----------|

|                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Autorizo o empenho da despesa supra mencionada em 07/10/2025.</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 07/10/2025</p> <p></p> <hr/> <p>ALEX DOS SANTOS GOIABEIRA<br/>Coordenador<br/>CPF: 006.954.845-59</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                                 |  |                           |          |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|---------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.35022/2025            |  | AFM nº: 43.156.00200/2025 | Página 1 |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Licitação nº: 19.180-PE109/2025 |  | Geração 07/10/2025        |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:        |  | Emissão 07/10/2025        |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public:                    |  | Processo nº:              |          |
| C.N.P.J. 1141550000100                            |  | Tel. (73)3537-2740              |  | SRD nº:                   |          |
|                                                   |  | CEP: 45580000                   |  | LID nº:                   |          |
|                                                   |  | Estado BA                       |  | Unid. Fiscal:             |          |
|                                                   |  | Insc. Estadual ISENTO           |  | 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 FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | C.N.P.J./C.P.F. 05400006000170          | Insc. Estadual 058.699.102 NO |
| Endereço Rua Conde do Arco, 200 - 35º BI        | E-mail: sac@fabmed.com.br               | Insc. Municipal A/2025/14005  |
| Cidade Feira de Santana                         | CEP: 44094588                           |                               |
| Estado BA                                       | Representante LegaCledson Nunes Ribeiro | TEL: (75) 4009-7158           |

| ITEM ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | UM | Ft. Emb. | QUANTIDADE | PREÇO UNITARIO | PREÇO TOTAL | PRZ ENTREGA |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------|------------|----------------|-------------|-------------|
| 1                                  | Cód. do Item: 65.02.43.00000136-8 Marca: TEUTO PROMETAZINA cloridrato, 25mg, comprimido (RP MUNICIPIOS). A embalagem deve apresentar 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: comprimido. | Un | 200      | 40.000,00  | 0,1200         | 4.800,00    | 30          |

ITEM DE COMPRA EXCLUSIVA PARA UNIDADES MUNICIPAIS





AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                                 |                           |          |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.35022/2025            | AFM nº: 43.156.00200/2025 | Página 2 |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Licitação nº: 19.180-PE109/2025 | Geração 07/10/2025        |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:        | Emissão 07/10/2025        |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public.                    | Processo nº:              |          |
| C.N.P.J. 11415500000100                           |  | Data abertura                   | SRD nº:                   |          |
|                                                   |  | Unid. Fiplan:                   | LID nº:                   |          |
|                                                   |  |                                 | INT nº:                   |          |

|                                   |                       |
|-----------------------------------|-----------------------|
| Titular HEBER STEVS CÂNCIO E LIMA | Tel. (73)3537-2740    |
| Decreto                           | CEP: 45580000         |
|                                   | Estado BA             |
|                                   | Insc. Estadual ISENTO |

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 FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | C.N.P.J./C.P.F. 05400006000170          | Insc. Estadual 058.699.102 NO |
| Endereço Rua Conde do Arco, 200 - 35º BI        | E-mail: sac@fabmed.com.br               | Insc. Municipal A/2025/14005  |
| Cidade Feira de Santana                         | CEP: 44094588                           |                               |
|                                                 | Representante LegaCledson Nunes Ribeiro | TEL: (75) 4009-7158           |
|                                                 | UM                                      | Ft Emb.                       |

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

TOTAL POR EXTENSO: QUATRO MIL E OITOCENTOS REAIS

TOTAL GERAL: 4.800,00

|                                                                                         |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| UNIDADE: SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA |            |
| LOCAL DE ENTREGA: 43.156.0002 - CENTRO DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO IBIRATAIA          |            |
| Ibirataia                                                                               |            |
| NOVA IBIRATAIA DE CIMA                                                                  |            |
| 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.

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA**

Praça 10 de Novembro -

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

## NOTA DE SUB-EMPENHO

[illegible]



AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                                 |                           |          |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.35017/2025            | AFM nº: 43.156.00196/2025 | Página 1 |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Licitação nº: 19.180-PE165/2024 | Geração 07/10/2025        |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:        | Emissão 07/10/2025        |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public:                    | Processo nº:              |          |
| C.N.P.J. 1141550000100                            |  | Data abertura                   | SRD nº:                   |          |
|                                                   |  | Unid.Fiplan:                    | 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 FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | C.N.P.J./C.P.F. 05400006000170          | Insc Estadual 058.699.102 NO |
| Endereço Rua Conde do Arco, 200 - 35º BI        | E-mail: sac@fabmed.com.br               | Insc Municipal A/2025/14005  |
| Cidade Feira de Santana                         | CEP: 44094588                           |                              |
| Estado BA                                       | Representante LegaCledson Nunes Ribeiro | TEL: (75) 4009-7158          |

| ITEM ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | UM | Ft. Emb. | QUANTIDADE | PREÇO UNITARIO | PREÇO TOTAL | PRZ.ENTREGA |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------|------------|----------------|-------------|-------------|
| 1                                  | Cód. do Item: 65.02.43.00000160-0 Marca: NATULAB CLORETO, de sodio 3,5g + Citrato dissodico diidratado 2,9g + Cloreto de Potassio 1,5g + Glicose 20g, po para solucao oral, envelope ou sachê com 27,9g (RP MUNICÍPIOS). A embalagem deve apresentar 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: envelope ou sachê ITEM DE COMPRA EXCLUSIVA PARA UNIDADES MUNICIPAIS. | Un | 50       | 540,00     | 0,6900         | 372,60      | 30          |





AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                                 |                           |          |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.35017/2025            | AFM nº: 43.156.00196/2025 | Página 2 |
| Emiteinte FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA   |  | Licitação nº: 19.180-PE165/2024 | Geração 07/10/2025        |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:        | Emissão 07/10/2025        |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public:                    | Processo nº:              |          |
| C.N.P.J. 11415500000100                           |  | Data abertura                   | SRD nº:                   |          |
| Insc Estadual ISENTO                              |  | Unid Fiplan:                    | LID nº:                   |          |
| Tel. (73)3537-2740                                |  |                                 | INT nº:                   |          |
| CEP: 45580000                                     |  |                                 |                           |          |
| Estado BA                                         |  |                                 |                           |          |
| 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 FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | CNP.J./C.P.F. 05400006000170            | Insc Estadual 058.699.102 NO |
| Endereço Rua Conde do Arco, 200 - 35º BI        | E-mail: sac@fabmed.com.br               | Insc Municipal A/2025/14005  |
| Cidade Feira de Santana                         | CEP: 44094588                           |                              |
| Estado BA                                       | Representante LegaCledson Nunes Ribeiro | TEL: (75) 4009-7158          |
| ITEM ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO              |                                         |                              |
| UM                                              | QUANTIDADE                              | PREÇO UNITARIO               |
| Ft.                                             |                                         | PREÇO TOTAL                  |
| Emb.                                            |                                         | PRZ.ENTREGA                  |

|                                                                                         |  |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|
| TOTAL POR EXTENSO: TREZENTOS E SETENTA E DOIS REAIS E SESENTA CENTAVOS                  |  | TOTAL GERAL: 372,60 |
| UNIDADE: SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA |  |                     |
| LOCAL DE ENTREGA: 43.156.0002 - CENTRO DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO IBIRATAIA          |  |                     |
| birataia                                                                                |  |                     |
| NOVA IBIRATAIA DE CIMA                                                                  |  |                     |
| COORDENADOR                                                                             |  |                     |
| DIRIGENTE                                                                               |  |                     |
| FORNECEDOR                                                                              |  |                     |
| (Ba), / /                                                                               |  |                     |
| Alex Santos                                                                             |  |                     |

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.

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA**

Praca 10 de Novembro -

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

### NOTA DE SUB-EMPENHO

[illegible]



AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                                 |                           |          |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.35021/2025            | AFM nº: 43.156.00199/2025 | Página 1 |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Licitação nº: 19.180-PE109/2025 | Geração 07/10/2025        |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:        | Emissão 07/10/2025        |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public.                    | Processo nº:              |          |
| C.N.P.J. 11415500000100                           |  | Data abertura                   | SRD nº:                   |          |
|                                                   |  | Unid. Fp/plan:                  | 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 FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | CNPJ/C.P.F. 05400006000170              | Insc. Estadual 058.699.102 NO |
| Endereço Rua Conde do Arco, 200 - 35º BI        | E-mail: sac@fabmed.com.br               | Insc. Municipal A/2025/14005  |
| Cidade Feira de Santana                         | CEP: 44094588                           |                               |
|                                                 | Representante LegaCledson Nunes Ribeiro | TEL.: (75) 4009-7158          |

ITEM ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO

|  | UM | Ft Emb. | QUANTIDADE | PREÇO UNITARIO | PREÇO TOTAL | PRZ.ENTREGA |
|--|----|---------|------------|----------------|-------------|-------------|
|--|----|---------|------------|----------------|-------------|-------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                   |                  |        |           |        |          |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------|--------|-----------|--------|----------|----|
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Cód. do Item: 65.02.43.00000130-9 | Marca: CRISTALIA | Un 200 | 40.000,00 | 0,1000 | 4.000,00 | 30 |
| HALOPERIDOL 5mg, comprimido (RP MUNICIPIOS). A embalagem deve apresentar 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: comprimido.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                   |                  |        |           |        |          |    |

ITEM DE COMPRA EXCLUSIVA PARA UNIDADES MUNICIPAIS





GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

# AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                                 |                           |          |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.35021/2025            | AFM nº: 43.156.00199/2025 | Página 2 |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Licitação nº: 19.180-PE109/2025 | Geração 07/10/2025        |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:        | Emissão 07/10/2025        |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public:                    | Processo nº:              |          |
| C.N.P.J. 1141550000100                            |  | Data abertura                   | SRD nº:                   |          |
|                                                   |  | Unid. Fiplan:                   | 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 FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | CNP.J/C.P.F. 05400006000170             | Insc. Estadual 058.699.102 NO |
| Endereço Rua Conde do Arco, 200 - 35º BI        | E-mail: sac@fabmed.com.br               | Insc. Municipal A/2025/14005  |
| Cidade Feira de Santana                         | CEP: 44094588                           |                               |
| Estado BA                                       | Representante LegaCledson Nunes Ribeiro | TEL: (75) 4009-7158           |

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

TOTAL POR EXTENSO: QUATRO MIL REAIS

TOTAL GERAL: 4.000,00

UNIDADE: SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA  
LOCAL DE ENTREGA: 43.156.0002 - CENTRO DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO IBIRATAIA  
IBIRATAIA

RUA EUNISIO COELHO TEIXEIRA N9  
7335372740

COORDENADOR

DIRIGENTE

FORNECEDOR

(Ba)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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.

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA**

Praça 10 de Novembro -

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

## NOTA DE SUB-EMPENHO

|                     |                   |                                 |                             |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| EMPENHO: 526 / 2025 | Nº SUB-EMPENHO: 2 | Data do Sub-Empenho: 07/10/2025 | TIPO DO EMPENHO: Estimativo |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|-----------------------------|

|            |                                               |                          |                       |
|------------|-----------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| FORNECEDOR |                                               |                          |                       |
| Nome:      | 25649 - FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA. |                          | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Endereço:  | RUA CONDE DO ARCO, N°200,                     |                          | Complemento:          |
| Bairro:    | SUBAE                                         | Cidade: FEIRA DE SANTANA | Estado: BA            |
| CNPJ:      | 05.400.006/0001-70                            | Insc. Estadual:          | CPF:                  |
| Conta:     | Agência:                                      | Banco: -                 | RG:                   |
| Tipo PIX:  | N° PIX:                                       |                          |                       |

|                                                           |                             |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|
| DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA                                      |                             |
| Reduzido: 2047.3330.15001002 - ORÇAMENTÁRIO E SUPLEMENTAR | Data do Empenho: 07/10/2025 |

|               |                                                          |
|---------------|----------------------------------------------------------|
| Unidade:      | 0801001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                       |
| Função:       | 10 - Saúde                                               |
| Sub-Função:   | 122 - ADMINISTRAÇÃO GERAL                                |
| Programa:     | 004 - IBIRATAIA DE MÃOS DADAS PELA SAÚDE                 |
| Ação:         | 2.047 - MANUTENÇÃO DAS AÇÕES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE |
| Elemento:     | 3.3.90.30.00 - Material de Consumo                       |
| Fonte:        | 1500 - ( CO 1002 ) - Recursos não Vinculados de Impostos |
| Sub-Elemento: | 3.3.90.30.36 - MATERIAL HOSPITALAR                       |

|                                                    |                                 |                       |                         |                    |
|----------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------|
| <b>Modalidade:</b> Registro de Preço Compartilhado | <b>Nº Lic.:</b> 0165/2024RP     | <b>Saldo Anterior</b> | <b>Valor do Empenho</b> | <b>Saldo Atual</b> |
| <b>Convênio:</b>                                   | <b>Contrato:</b> 107197300/2025 | 26.371,34             | <b>727,50</b>           | 25.643,84          |
| <b>Patrimônio:</b> -                               |                                 |                       |                         |                    |

|                                                                                                                                                                               |                             |                    |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------|--------------------|
| <b>HISTÓRICO</b><br><br>DESTINA-SE A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS, ADERIDOS NA ATA DE REGISTRO DE PREÇO DO ESTADO-BA. MEDICAÇÃO PARACETAMOL 200mg/ml, solução oral, frasco 15ml. | <b>Movimentação Empenho</b> |                    |                    |
|                                                                                                                                                                               | <b>Saldo Anterior</b>       | <b>Sub-Empenho</b> | <b>Saldo Atual</b> |
|                                                                                                                                                                               | 727,50                      | 210,00             | 517,50             |

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

|                            |        |
|----------------------------|--------|
| ## Duzentos e dez reais ## | 210,00 |
|----------------------------|--------|

|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Autorizo o empenho da despesa supra mencionada em 07/10/2025.</p> <p></p> <p>_____<br/>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 07/10/2025</p> <p></p> <p>_____<br/>ALEX DOS SANTOS GOIABEIRA<br/>Coordenador<br/>CPF: 006.954.845-59</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

5201230



AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                                 |  |                           |          |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|---------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.35013/2025            |  | AFM nº: 43.156.00195/2025 | Página 1 |
| Emiteente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA   |  | Licitação nº: 19.180-PE165/2024 |  | Geração 07/10/2025        |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:        |  | Emissão 07/10/2025        |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public.                    |  | Processo nº:              |          |
| C.N.P.J. 11415500000100                           |  | Data abertura                   |  | SRD nº:                   |          |
|                                                   |  | Insc Estadual ISENTO            |  | LID nº:                   |          |
| Titular HEBER STEVS CÂNCIO E LIMA                 |  | Tel. (73)3537-2740              |  | INT nº:                   |          |
| Decreto                                           |  | CEP: 45580000                   |  |                           |          |

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 FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | C.N.P.J./C.P.F. 054000006000170         | Insc Estadual 058.699.102 NO |
| Endereço Rua Conde do Arco, 200 - 35º BI        | E-mail: sac@fabmed.com.br               | Insc Municipal A/2025/14005  |
| Cidade Feira de Santana                         | CEP: 44094588                           |                              |
| Estado BA                                       | Representante LegaCledson Nunes Ribeiro | TEL: (75) 4009-7158          |

| ITEM | ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Ft. |      | QUANTIDADE | PREÇO UNITARIO | PREÇO TOTAL | PRZ ENTREGA |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|------------|----------------|-------------|-------------|
|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | UM  | Emb. |            |                |             |             |
| 1    | Cód. do Item: 65.02.43.00000134-1 Marca: NATULAB PARACETAMOL 200mg/ml, solucao oral, frasco 15ml (RP MUNICIPIOS). A embalagem deve apresentar 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: frasco. | Un  | 200  | 200,00     | 1,0500         | 210,00      | 30          |

ITEM DE COMPRA EXCLUSIVA PARA UNIDADES MUNICIPAIS





AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                           |  |          |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------|--|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | AFM nº: 43.156.00195/2025 |  | Página 2 |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Geração 07/10/2025        |  |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Emissão 07/10/2025        |  |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Processo nº:              |  |          |
| C.N.P.J. 1141550000100                            |  | SRD nº:                   |  |          |
| Insc. Estadual ISENTO                             |  | LID nº:                   |  |          |
| Estado BA                                         |  | INT nº:                   |  |          |
| Tel. (73)3537-2740                                |  |                           |  |          |
| CEP: 45580000                                     |  |                           |  |          |
| 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 | FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | C.N.P.J./C.P.F. | 05400006000170             | Insc. Estadual | 058.699.102 NO          |
| Endereço   | Rua Conde do Arco, 200 - 3º BI       | E-mail:         | sac@fabmed.com.br          | E-mail2:       | licitacao@fabmed.com.br |
| Cidade     | Feira de Santana                     | CEP:            | 44094588                   | E-mail3:       |                         |
|            | Estado BA                            | Representante   | LegalCledson Nunes Ribeiro | TEL:           | (75) 4009-7158          |

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

|                                                                                         |  |              |  |        |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|--|--------|--|
| TOTAL POR EXTENSO: DUZENTOS E DEZ REAIS                                                 |  | TOTAL GERAL: |  | 210,00 |  |
| UNIDADE: SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA |  |              |  |        |  |
| LOCAL DE ENTREGA: 43.156.0002 - CENTRO DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO IBIRATAIA          |  |              |  |        |  |
| Ibirataia                                                                               |  |              |  |        |  |
| NOVA IBIRATAIA DE CIMA                                                                  |  |              |  |        |  |
| COORDENADOR                                                                             |  |              |  |        |  |
| DIRIGENTE                                                                               |  |              |  |        |  |
| FORNECEDOR                                                                              |  |              |  |        |  |

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.

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA**

Praca 10 de Novembro -

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

## NOTA DE SUB-EMPENHO

|                     |                   |                                 |                             |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| EMPENHO: 525 / 2025 | Nº SUB-EMPENHO: 1 | Data do Sub-Empenho: 07/10/2025 | TIPO DO EMPENHO: Estimativo |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|-----------------------------|

|                   |                                                      |                                 |                              |
|-------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <b>FORNECEDOR</b> |                                                      |                                 |                              |
| <b>Nome:</b>      | <b>25649 - FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA.</b> |                                 |                              |
| <b>Endereço:</b>  | RUA CONDE DO ARCO, N°200,                            |                                 | <b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica |
| <b>Bairro:</b>    | SUBAE                                                | <b>Cidade:</b> FEIRA DE SANTANA | <b>Estado:</b> BA            |
| <b>CNPJ:</b>      | 05.400.006/0001-70                                   | <b>CPF:</b>                     | <b>RG:</b>                   |
| <b>Conta:</b>     | <b>Insc. Estadual:</b>                               | <b>Agência:</b>                 | <b>Banco:</b> -              |
| <b>Tipo PIX:</b>  | <b>N° PIX:</b>                                       |                                 |                              |

|                                                           |                             |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|
| DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA                                      |                             |
| Reduzido: 2047.3330.15001002 - ORÇAMENTÁRIO E SUPLEMENTAR | Data do Empenho: 07/10/2025 |

|               |                                                          |
|---------------|----------------------------------------------------------|
| Unidade:      | 0801001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                       |
| Função:       | 10 - Saúde                                               |
| Sub-Função:   | 122 - ADMINISTRAÇÃO GERAL                                |
| Programa:     | 004 - IBIRATAIA DE MÃOS DADAS PELA SAUDE                 |
| Ação:         | 2.047 - MANUTENÇÃO DAS AÇÕES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE |
| Elemento:     | 3.3.90.30.00 - Material de Consumo                       |
| Fonte:        | 1500 - ( CO 1002 ) - Recursos não Vinculados de Impostos |
| Sub-Elemento: | 3.3.90.30.36 - MATERIAL HOSPITALAR                       |

|                    |                                 |                  |               |                       |                         |                    |
|--------------------|---------------------------------|------------------|---------------|-----------------------|-------------------------|--------------------|
| <b>Modalidade:</b> | Registro de Preço Compartilhado | <b>Nº Lic.:</b>  | 109/2025RP    | <b>Saldo Anterior</b> | <b>Valor do Empenho</b> | <b>Saldo Atual</b> |
| <b>Convênio:</b>   |                                 | <b>Contrato:</b> | 00114779951AT | 29.461,34             | 3.090,00                | 26.371,34          |
| <b>Patrimônio:</b> | -                               |                  |               |                       |                         |                    |

|                                                                                                                                                          |                             |                    |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------|--------------------|
| <b>HISTÓRICO</b><br>DESTINA-SE A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS, ADERIDOS NA ATA DE REGISTRO DE PREÇO DO ESTADO-BA. MEDICAÇÃO, HALOPERIDOL 1mg, comprimido. . | <b>Movimentação Empenho</b> |                    |                    |
|                                                                                                                                                          | <b>Saldo Anterior</b>       | <b>Sub-Empenho</b> | <b>Saldo Atual</b> |
|                                                                                                                                                          | 3.090,00                    | 90,00              | 3.000,00           |

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

|                     |       |
|---------------------|-------|
| ## Noventa reais ## | 90,00 |
|---------------------|-------|

|                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Autorizo o empenho da despesa supra mencionada em 07/10/2025.</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 07/10/2025</p> <p></p> <hr/> <p>ALEX DOS SANTOS GOIABEIRA<br/>Coordenador<br/>CPF: 006.954.845-59</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

5200992



AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                                 |  |                           |               |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|---------------------------|---------------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.35020/2025            |  | AFM nº: 43.156.00198/2025 | Página 1      |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Licitação nº: 19.180-PE109/2025 |  | Geração 07/10/2025        |               |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:        |  | Emissão 07/10/2025        |               |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public.                    |  | Processo nº:              |               |
| C.N.P.J. 11415500000100                           |  | Data abertura                   |  | SRD nº:                   |               |
|                                                   |  | Unid. Fiplant:                  |  | LID nº:                   |               |
|                                                   |  |                                 |  | INT nº:                   | 00114779951A7 |
| Titular HEBER STEVS CÂNCIO E LIMA                 |  | Tel. (73)3537-2740              |  |                           |               |
| Decreto                                           |  | CEP: 45580000                   |  |                           |               |
|                                                   |  | Estado BA                       |  |                           |               |
|                                                   |  | Insc. Estadual ISENT0           |  |                           |               |

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 FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | CNPJ/C.P.F. 054000060000170             | Insc. Estadual 058.699.102 NO |
| Endereço Rua Conde do Arco, 200 - 35º BI        | E-mail: sac@fabmed.com.br               | Insc. Municipal A/2025/14005  |
| Cidade Feira de Santana                         | CEP: 44094588                           |                               |
| Estado BA                                       | Representante LegaCledson Nunes Ribeiro | TEL.: (75) 4009-7158          |

| ITEM | ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Ft. |      | QUANTIDADE | PREÇO UNITARIO | PREÇO TOTAL | PRZ.ENTREGA |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|------------|----------------|-------------|-------------|
|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | UM  | Emb. |            |                |             |             |
| 1    | Cód. do Item: 65.02.43.00000126-0 Marca: CRISTALIA HALOPERIDOL lmg, comprimido (RP MUNICIPIOS). A embalagem deve apresentar 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: comprimido. | Un  | 200  | 600,00     | 0,1500         | 90,00       | 30          |

ITEM DE COMPRA EXCLUSIVA PARA UNIDADES MUNICIPAIS

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.





AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                                 |                           |          |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.35020/2025            | AFM nº: 43.156.00198/2025 | Página 2 |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Licitação nº: 19.180-PE109/2025 | Geração 07/10/2025        |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:        | Emissão 07/10/2025        |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public.                    | Processo nº:              |          |
| C.N.P.J. 11415500000100                           |  | Data abertura                   | LID nº:                   |          |
| Insc. Estadual ISENTO                             |  | Unid. Fplant:                   | INT nº:                   |          |
| Tel. (73)3537-2740                                |  |                                 |                           |          |
| CEP: 45580000                                     |  |                                 |                           |          |
| Estado BA                                         |  |                                 |                           |          |
| 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 FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | C.N.P.J./C.P.F. 054000060000170         | Insc. Estadual 058.699.102 NO |
| Endereço Rua Conde do Arco, 200 - 35º BI        | E-mail: sac@fabmed.com.br               | Insc. Municipal A/2025/14005  |
| Cidade Feira de Santana                         | CEP: 44094588                           |                               |
| Estado BA                                       | Representante LegaCledson Nunes Ribeiro | TEL.: (75) 4009-7158          |

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

TOTAL POR EXTENSO: NOVENTA REAIS

TOTAL GERAL: 90,00

|                                                                                         |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| UNIDADE: SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA |            |
| LOCAL DE ENTREGA: 43.156.0002 - CENTRO DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO IBIRATAIA          |            |
| Ibirataia                                                                               |            |
| NOVA IBIRATAIA DE CIMA                                                                  |            |
| COORDENADOR                                                                             | DIRIGENTE  |
|                                                                                         | FORNECEDOR |

(Ba), / /

Alex Santos





GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                                 |                           |          |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.35049/2025            | AFM nº: 43.156.00216/2025 | Página 1 |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Licitação nº: 19.180-PE164/2025 | Gerção 09/10/2025         |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:        | Emissão 21/10/2025        |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public.                    | Processo nº:              |          |
| C.N.P.J. 11415500000100                           |  | Data abertura                   | SRD nº:                   |          |
|                                                   |  | Unid. Fijant:                   | 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 | FARMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | CNPJ/C.P.F. | 05400006000170    | Insc Estadual | 058.699.102 NO              |
| Endereço   | Rua Conde do Arco, 200 - 35º BI      | E-mail:     | sac@fabmed.com.br | E-mail2:      | licitacao@fabmed.com.br     |
|            |                                      | CEP:        | 44094588          | E-mail3:      |                             |
| Cidade     | Feira de Santana                     | Estado      | BA                | Representante | Legal Cledson Nunes Ribeiro |
|            |                                      |             |                   | TEL:          | (75) 4009-7158              |

ITEM ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO

| ITEM | ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | UM | Ft. Emb. | QUANTIDADE | PREÇO UNITARIO | PREÇO TOTAL | PRZ.ENTREGA |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------|------------|----------------|-------------|-------------|
|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |          |            |                |             |             |
| 1    | NITROFURANTOINA, 100mg capsula (RP MUNICÍPIOS). A embalagem deve apresentar 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: capsula | Un | 280      | 110,00     | 0,2400         | 26,40       | 30          |

ITEM DE COMPRA EXCLUSIVA PARA UNIDADES MUNICIPAIS.

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.





|                                                   |  |                                 |                           |          |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.35049/2025            | AFM nº: 43.156.00216/2025 | Página 2 |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Licitação nº: 19.180-PE164/2025 | Geneção 09/10/2025        |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:        | Emissão 21/10/2025        |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public.:                   | Processo nº:              |          |
| C.N.P.J. 11415500000100                           |  | Data abertura                   | SRD nº:                   |          |
|                                                   |  | Unid. Planiat:                  | 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 FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | C.N.P.J./C.P.F. 05400006000170            | Insc Estadual 058.699.102 NO |
| Endereço Rua Conde do Arco, 200 - 35º BI        | E-mail2: licitacao@fabmed.com.br          | Insc. Municipal A/2025/14005 |
| Cidade Feira de Santana                         | CEP: 44094588                             |                              |
| Estado BA                                       | Representante Legal Cledson Nunes Ribeiro | TEL: (75) 4009-7158          |

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

TOTAL POR EXTENSO: VINTE E SEIS REAIS E QUARENTA CENTAVOS

TOTAL GERAL: 26,40

|                                                                                         |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| UNIDADE: SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA |                                |
| LOCAL DE ENTREGA: 43.156.0002 - CENTRO DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO IBIRATAIA          | RUA EUNISIO COELHO TEIXEIRA N9 |
| Ibirataia                                                                               | NOVA IBIRATAIA DE CIMA         |
|                                                                                         | 7335372740                     |

COORDENADOR

DIRIGENTE

FONECEDOR

\*1- 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.





AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                                   |                           |          |
|---------------------------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.35018/2025              | AFM nº: 43.156.00217/2025 | Página 1 |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Licitação nº: 19.180-PE/16/5/2024 | Geração 09/10/2025        |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:          | Emissão 21/10/2025        |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public:                      | Processo nº:              |          |
| C.N.P.J. 11415500000100                           |  | Data abertura                     | SRD nº:                   |          |
|                                                   |  | Unid.Finan:                       | 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 FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | CNPJ/C.P.F. 05400006000170                | Insc Estadual 058.699.102 NO |
| Endereço Rua Conde do Arco, 200 - 35º BI        | E-mail2: licitacao@fabmed.com.br          | Insc Municipal AV2025/14005  |
| Cidade Feira de Santana                         | E-mail3:                                  |                              |
| Estado BA                                       | Representante Legal Cledson Nunes Ribeiro | TEL: (75) 4009-7158          |

| ITEM ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  | QUANTIDADE | PREÇO UNITARIO | PREÇO TOTAL | PRZ.ENTREGA |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------|----------------|-------------|-------------|
|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  | UM         | Emb.           |             |             |
| 1                                                  | CLORETO, de sodio 3,5g + Citrato dissodico diidratado 2,9g + Cloreto de Potassio 1,5g + Glicose 20g, po para solucao oral, envelope ou sachê com 27,9g (RP MUNICÍPIOS). A embalagem deve apresentar 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. |  |  | Un         | 50             | 210,00      | 0,6900      |
|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |            |                |             | 144,90      |
|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |            |                |             | 30          |
| Unidade de fornecimento: envelope ou sachê         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |            |                |             |             |
| ITEM DE COMPRA EXCLUSIVA PARA UNIDADES MUNICIPAIS. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |            |                |             |             |

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.





GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

# AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                                 |                           |          |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.35018/2025            | AFM nº: 43.156.00217/2025 | Página 2 |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Licitação nº: 19.180-PE165/2024 | Geração 09/10/2025        |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:        | Emissão 21/10/2025        |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public.                    | Processo nº:              |          |
| C.N.P.J. 1141550000100                            |  | Data abertura                   | SRD nº:                   |          |
|                                                   |  | Unid.Fiplant:                   | LID nº:                   |          |
|                                                   |  |                                 | INT nº:                   |          |
| Título 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 FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | C.N.P.J./C.P.F. 054000060000170           | Insc Estadual 058.699.102 NO |
| Endereço Rua Conde do Arco, 200 - 35º BI        | E-mail: sac@fabmed.com.br                 | Insc Municipal A/2025/14005  |
| Cidade Feira de Santana                         | CEP: 44094588                             |                              |
|                                                 | Representante Legal Cledson Nunes Ribeiro | TEL: (75) 4009-7158          |

| ITEM                | ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO | UM | Ft. Emb. | QUANTIDADE | PREÇO UNITARIO | PREÇO TOTAL | PRZ.ENTREGA |
|---------------------|-------------------------------|----|----------|------------|----------------|-------------|-------------|
| TOTAL GERAL: 144,90 |                               |    |          |            |                |             |             |

TOTAL POR EXTENSO: CENTO E QUARENTA E QUATRO REAIS E NOVENTA CENTAVOS

UNIDADE: SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA  
LOCAL DE ENTREGA: 43.156.0002 - CENTRO DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO IBIRATAIA  
Ibirataia NOVA IBIRATAIA DE CIMA

RUA EUNISIO COELHO TEIXEIRA N9  
7335372740

COORDENADOR

DIRIGENTE

FORNECEDOR

(Ba), / /

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.

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA**

Praca 10 de Novembro -

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

## NOTA DE SUB-EMPENHO

EMPENHO: 539 / 2025      Nº SUB-EMPENHO: 1      Data do Sub-Empenho: 07/10/2025      TIPO DO EMPENHO: Estimativo

|                   |                                                      |                                 |                              |
|-------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <b>FORNECEDOR</b> |                                                      |                                 |                              |
| <b>Nome:</b>      | <b>25649 - FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA.</b> |                                 |                              |
| <b>Endereço:</b>  | RUA CONDE DO ARCO, N7200,                            |                                 | <b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica |
| <b>Bairro:</b>    | SUBAE                                                | <b>Cidade:</b> FEIRA DE SANTANA | <b>Complemento:</b>          |
| <b>CNPJ:</b>      | 05.400.006/0001-70                                   | <b>CPF:</b>                     | <b>Estado:</b> BA            |
| <b>Conta:</b>     | <b>Insc. Estadual:</b>                               | <b>RG:</b>                      |                              |
| <b>Agência:</b>   |                                                      | <b>Banco:</b> -                 |                              |
| <b> Tipo PIX:</b> | <b>Nº PIX:</b>                                       |                                 |                              |

|                                                       |                             |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------|
| DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA                                  |                             |
| Reduzido: 2041.3330,1600 - ORÇAMENTÁRIO E SUPLEMENTAR | Data do Empenho: 07/10/2025 |

|               |                                                                              |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Unidade:      | 0801001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                                           |
| Função:       | 10 - Saúde                                                                   |
| Sub-Função:   | 301 - Atenção Básica                                                         |
| Programa:     | 004 - IBIRATAIA DE MÃOS DADAS PELA SAÚDE                                     |
| Ação:         | 2.041 - PISO DE ATENÇÃO BÁSICA - PAB                                         |
| Elemento:     | 3.3.90.30.00 - Material de Consumo                                           |
| Fonte:        | 1600 - Transferências Fundo a Fundo do Governo Federal - Bloco de Manutenção |
| Sub-Elemento: | 3.3.90.30.36 - MATERIAL HOSPITALAR                                           |

|                                                    |                                |                       |                         |                    |
|----------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------|
| <b>Modalidade:</b> Registro de Preço Compartilhado | <b>Nº Lic.:</b> 123/2025RP     | <b>Saldo Anterior</b> | <b>Valor do Empenho</b> | <b>Saldo Atual</b> |
| <b>Convênio:</b>                                   | <b>Contrato:</b> 00116289574AT | 620.668,74            | <b>11.925,00</b>        | 608.743,74         |
| <b>Patrimônio:</b> -                               |                                |                       |                         |                    |

|                                                                                                                                                           |                             |                    |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------|--------------------|
| <b>HISTÓRICO</b><br>DESTINA-SE A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS, ADERIDOS NA ATA DE REGISTRO DE PREÇO DO ESTADO-BA. MEDICAÇÃO CARBAMAZEPINA 200mg, comprimido. | <b>Movimentação Empenho</b> |                    |                    |
|                                                                                                                                                           | <b>Saldo Anterior</b>       | <b>Sub-Empenho</b> | <b>Saldo Atual</b> |
|                                                                                                                                                           | 11.925,00                   | <b>9.600,00</b>    | 2.325,00           |

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

|                                   |          |
|-----------------------------------|----------|
| ## Nove mil e seiscentos reais ## | 9.600,00 |
|-----------------------------------|----------|

|                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Autorizo o empenho da despesa supra mencionada em 07/10/2025.</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 07/10/2025</p> <p></p> <hr/> <p>ALEX DOS SANTOS GOIABEIRA<br/>Coordenador<br/>CPF: 006.954.845-59</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                                 |  |                           |          |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|---------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.35025/2025            |  | AFM nº: 43.156.00202/2025 | Página 1 |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Licitação nº: 19.180-PE123/2025 |  | Geração 07/10/2025        |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:        |  | Emissão 07/10/2025        |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public.                    |  | Processo nº:              |          |
| C.N.P.J. 11415500000100                           |  | Data abertura                   |  | SRD nº:                   |          |
|                                                   |  | Unid. Fiplan:                   |  | LID nº:                   |          |
|                                                   |  |                                 |  | INT nº:                   |          |
| Titular HEBER STEVS CÂNCIO E LIMA                 |  | Tel. (73)3537-2740              |  |                           |          |
| Decreto                                           |  | CEP: 45580000                   |  |                           |          |
|                                                   |  | Estado BA                       |  |                           |          |
|                                                   |  | Insc. Estadual ISENTO           |  |                           |          |

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 FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | CNPJ/CPF 05400006000170                 | Insc. Estadual 058.699.102 NO |
| Endereço Rua Conde do Arco, 200 - 35º BI        | E-mail: sac@fabmed.com.br               | Insc. Municipal A/2025/14005  |
| Cidade Feira de Santana                         | E-mail3:                                |                               |
|                                                 | CEP: 44094588                           |                               |
|                                                 | Representante LegaCledson Nunes Ribeiro | TEL: (75) 4009-7158           |

| ITEM ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |          | QUANTIDADE | PREÇO UNITARIO | PREÇO TOTAL | PRZ ENTREGA |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------|------------|----------------|-------------|-------------|
|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | UM | Ft. Emb. |            |                |             |             |
| 1                                                  | Cód. do Item: 65.02.43.000000142-2 Marca: TEUTO CARBAMAZEPINA 200 mg, comprimido. A embalagem deve apresentar a frase: venda proibida pelo comercio. O fornecedor deve apresentar bula, registro do produto na ANVISA e certificado de boas praticas de fabricação - 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. | Un | 500      | 60.000,00  | 0,1600         | 9.600,00    | 30          |
| Unidade de fornecimento: comprimido.               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |          |            |                |             |             |
| ITEM DE COMPRA EXCLUSIVA PARA UNIDADES MUNICIPAIS. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |          |            |                |             |             |

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.





GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

# AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|            |                                        |                          |                   |              |                   |        |   |
|------------|----------------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------|-------------------|--------|---|
| Secretaria | SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB | RM nº:                   | 43.35025/2025     | AFM nº:      | 43.156.00202/2025 | Página | 2 |
| Emitente   | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA  | Licitação nº:            | 19.180-PE/23/2025 | Geração      | 07/10/2025        |        |   |
| Endereço   | RUA EUNISIO COELHO TEIXEIRA            | Dispensa Tradicional nº: |                   | Emissão      | 07/10/2025        |        |   |
| Cidade     | Ibirataia                              | Data Public.             |                   | Processo nº: |                   |        |   |
| C.N.P.J.   | 1141550000100                          | Data abertura            |                   | SRD nº:      |                   |        |   |
|            |                                        | Unid. Fiplan:            |                   | LID nº:      |                   |        |   |
|            |                                        |                          |                   | INT nº:      |                   |        |   |
| Titular    | HEBER STEVS CÂNCIO E LIMA              | Tel.                     | (73)3537-2740     |              |                   |        |   |
| Decreto    |                                        | CEP:                     | 45580000          |              |                   |        |   |

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 | FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | C.N.P.J./C.P.F. | 05400006000170            | Insc. Estadual | 058.699.102 NO          |
| Endereço   | Rua Conde do Arco, 200 - 35º BI      | E-mail:         | sac@fabmed.com.br         | E-mail2:       | licitacao@fabmed.com.br |
| Cidade     | Feira de Santana                     | CEP:            | 44094588                  | E-mail3:       |                         |
|            |                                      | Representante   | Legacledson Nunes Ribeiro | TEL:           | (75) 4009-7158          |

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

TOTAL POR EXTENSO: NOVE MIL E SEISCENTOS REAIS

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

LOCAL DE ENTREGA: 43.156.0002 - CENTRO DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO IBIRATAIA

Ibirataia

|             |           |           |
|-------------|-----------|-----------|
| COORDENADOR | DIRIGENTE | FONECEDOR |
| (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.





GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

# AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                           |  |          |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------|--|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | AFM nº: 43.156.00201/2025 |  | Página 1 |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Geração 07/10/2025        |  |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Emissão 07/10/2025        |  |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Processo nº:              |  |          |
| C.N.P.J. 1141550000100                            |  | SRD nº:                   |  |          |
| Título HEBER STEVS CÂNCIO E LIMA                  |  | LID nº:                   |  |          |
| Decreto                                           |  | INT nº:                   |  |          |

00114779951A7

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 FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | CNP.J/C.P.F. 05400006000170 | Insc.Estadual 058.699.102 NO |
| Endereço Rua Conde do Arco, 200 - 35º BI        | E-mail: sac@fabmed.com.br   | Insc.Municipal A/2025/14005  |
| Cidade Feira de Santana                         | CEP: 44094588               | TEL: (75) 4009-7158          |
| Representante LegaCledson Nunes Ribeiro         |                             |                              |

## ITEM ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO

| ITEM | ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | UM | Ft. Emb. | QUANTIDADE | PREÇO UNITARIO | PREÇO TOTAL | PRZ.ENTREGA |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------|------------|----------------|-------------|-------------|
| 1    | Cód. do Item: 65.02.43.00000144-9 Marca: CIMED<br>HIDROCLOROTIAZIDA 25mg, comprimido (RP MUNICIPIOS). A embalagem deve apresentar 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.<br>Unidade de fornecimento: comprimido. | Un | 500      | 150.000,00 | 0,0200         | 3.000,00    | 30          |

ITEM DE COMPRA EXCLUSIVA PARA UNIDADES MUNICIPAIS

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.





AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                                 |                           |          |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.35023/2025            | AFM nº: 43.156.00201/2025 | Página 2 |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Licitação nº: 19.180-PE109/2025 | Geração 07/10/2025        |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:        | Emissão 07/10/2025        |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public.                    | Processo nº:              |          |
| C.N.P.J. 11415500000100                           |  | Data abertura                   | LID nº:                   |          |
|                                                   |  | Unid. Fiplan:                   | 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 FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | C.N.P.J./C.P.F. 054000060000170         | Insc. Estadual 058.699.102 NO |
| Endereço Rua Conde do Arco, 200 - 35º BI        | E-mail: sac@fabmed.com.br               | Insc. Municipal A/2025/14005  |
| Cidade Feira de Santana                         | CEP: 44094588                           |                               |
| Estado BA                                       | Representante LegaCledson Nunes Ribeiro | TEL: (75) 4009-7158           |

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

TOTAL POR EXTENSO: TRES MIL REAIS

TOTAL GERAL: 3.000,00

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

LOCAL DE ENTREGA: 43.156.0002 - CENTRO DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO IBIRATAIA

Ibirataia

RUA EUNISIO COELHO TEIXEIRA N9

7335372740

NOVA IBIRATAIA DE CIMA

COORDENADOR

DIRIGENTE

FORNECEDOR

(Ba),





AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                                 |  |                    |  |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|--------------------|--|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | AFM nº: 43.35073/2025           |  | Página 1           |  |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Licitação nº: 19.180-PE191/2025 |  | Geração 07/10/2025 |  |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:        |  | Emissão 07/10/2025 |  |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public:                    |  | Processo nº:       |  |
| C.N.P.J. 1141550000100                            |  | Data abertura                   |  | SRD nº:            |  |
|                                                   |  | Unid. Fiscal:                   |  | 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 FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | CNPJ/C.P.F. 05400006000170              | Insc. Estadual 058.699.102 NO |
| Endereço Rua Conde do Arco, 200 - 35º BI        | E-mail: sac@fabmed.com.br               | Insc. Municipal A/2025/14005  |
| Cidade Feira de Santana                         | CEP: 44094588                           |                               |
| Estado BA                                       | Representante LegaCledson Nunes Ribeiro | TEL: (75) 4009-7158           |

| ITEM ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |    |          | QUANTIDADE | PREÇO UNITARIO | PREÇO TOTAL | PRZ.ENTREGA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----|----------|------------|----------------|-------------|-------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              | UM | Ft. Emb. |            |                |             |             |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Cód. do Item: 65.02.43.00000070-1 Marca: EMS | Un | 1        | 100,00     | 5,4900         | 549,00      | 30          |
| HIDROXIDO, de aluminio 60 a 61,5 mg/mL (6%), suspensao oral, frasco com 240 mL. (RP MUNICIPIOS). A embalagem deve apresentar 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: frasco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |    |          |            |                |             |             |
| ITEM DE COMPRA EXCLUSIVA PARA UNIDADES MUNICIPAIS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |    |          |            |                |             |             |





GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                                 |                           |          |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.35073/2025            | AFM nº: 43.156.00214/2025 | Página 2 |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Licitação nº: 19.180-PE191/2025 | Geração 07/10/2025        |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:        | Emissão 07/10/2025        |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public:                    | Processo nº:              |          |
| C.N.P.J. 11415500000100                           |  | Delta abertura                  | SRD nº:                   |          |
|                                                   |  | Insc.Estadual ISENT0            | LID nº:                   |          |
| Titular HEBER STEVS CÂNCIO E LIMA                 |  | Unid.Fiplan:                    | INT nº:                   |          |
| 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 FABMED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA | C.N.P.J./C.P.F. 054000060000170         | Insc.Estadual 058.699.102 NO |
| Endereço Rua Conde do Arco, 200 - 35º BI        | E-mail: sac@fabmed.com.br               | Insc.Municipal A/2025/14005  |
| Cidade Feira de Santana                         | CEP: 44094588                           |                              |
| Estado BA                                       | Representante LegaCledson Nunes Ribeiro | TEL: (75) 4009-7158          |

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

TOTAL POR EXTENSO: QUINHENTOS E QUARENTA E NOVE REAIS

TOTAL GERAL: 549,00

|                                                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| UNIDADE: SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA |  |
| LOCAL DE ENTREGA: 43.156.0002 - CENTRO DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO 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.

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA**

Praça 10 de Novembro -

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

## NOTA DE EMPENHO

EMPENHO: 537 / 2025

**Data do Empenho:** 07/10/2025 **TIPO DO EMPENHO:** Estimativo

**FORNECEDOR**

|           |                            |                 |                          |                                          |
|-----------|----------------------------|-----------------|--------------------------|------------------------------------------|
| Nome:     | 27910 - MS HOSPITALAR LTDA |                 |                          |                                          |
| Endereço: | Rua Buenopolis, nº 200,    |                 |                          | Tipo Pessoa: Jurídica                    |
| Bairro:   | 357 BI                     |                 | Cidade: FEIRA DE SANTANA | Complemento: RUA DE ACESSO BR324 GALPAOB |
| CNPJ:     | 36.191.620/0001-00         | Insc. Estadual: | CPF:                     | Estado: BA                               |
| Conta:    |                            | Agência:        | RG:                      |                                          |
| Tipo PIX: |                            | Nº PIX:         | Banco: -                 |                                          |

## DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA.

Reduzido: 2047.3330.15001002 - ORÇAMENTÁRIO E SUPLEMENTAR

|               |                                                          |
|---------------|----------------------------------------------------------|
| Unidade:      | 0801001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                       |
| Função:       | 10 - Saúde                                               |
| Sub-Função:   | 122 - ADMINISTRAÇÃO GERAL                                |
| Programa:     | 004 - IBIRATAIA DE MÃOS DADAS PELA SAÚDE                 |
| Ação:         | 2.047 - MANUTENÇÃO DAS AÇÕES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE |
| Elemento:     | 3.3.90.30.00 - Material de Consumo                       |
| Fonte:        | 1500 - ( CO 1002 ) - Recursos não Vinculados de Impostos |
| Sub-Elemento: | 3.3.90.30.36 - MATERIAL HOSPITALAR                       |

**Modalidade:** Registro de Preço Compartilhado

Nº Lic.: 138/2025SRP  
Contrato: 00116884442AT

Saldo Anterior

**Valor do Empenho**

Saldo Atual

**Convênio:**

70.436,10

328,00

70.108,10

## HISTÓRICO

DESTINA-SE A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS, ADERIDOS NA ATA DE REGISTRO DE PREÇO DO ESTADO-BA. MEDICAÇÃO DEXAMETASONA acetato de, creme 0,1% tb. 10g.

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

## Trezentos e vinte e oito reais ##

328,00

Autorizo o empenho da despesa supra mencionada em 07/10/2025.

Declaro que a importância supra foi deduzida do crédito próprio em 07/10/2025

HEBER STEVES CANCIO E LIMA  
Secretário de Saúde  
CPF: 947.345.185-72

ALEX DOS SANTOS GOIABEIRA  
Coordenador  
CPF: 006.954.845-59



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                                  |                           |          |
|---------------------------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.35006/2025             | AFM nº: 43.156.00189/2025 | Página 1 |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Licitação nº: 19.180-PE/138/2025 | Geração 07/10/2025        |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:         | Emissão 07/10/2025        |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public.                     | Processo nº:              |          |
| C.N.P.J. 11415500000100                           |  | Data abertura                    | SRD nº:                   |          |
|                                                   |  | Unid.Fiçlant:                    | 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 MS HOSPITALAR LTDA                                 | CNPJ/C.P.F. 36191620000100 | Insc.Estadual 165.057.531 PP    |
| Endereço RUA BUENÓPOLIS, 200 RUA ACESSO BR 324 GALP B - 35 BI | E-mail: sac@mshosp.com.br  | Insc.Municipal A / 2025 / 14009 |
| Cidade Feira de Santana                                       | CEP: 44094594              | TEL: (75) 4009-7198             |
| Estado BA                                                     | Representante Legal:       |                                 |

ITEM ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO

| ITEM | Cód. | do Item: | 65.02.43.00000039-6 | Marca: | PRATI | Tb | 100 | Ft. | Emb. | UM | QUANTIDADE | PREÇO UNITARIO | PREÇO TOTAL | PRZ.ENTREGA |
|------|------|----------|---------------------|--------|-------|----|-----|-----|------|----|------------|----------------|-------------|-------------|
| 1    | Cód. | do Item: | 65.02.43.00000039-6 | Marca: | PRATI | Tb | 100 | Ft. | Emb. | UM | QUANTIDADE | PREÇO UNITARIO | PREÇO TOTAL | PRZ.ENTREGA |
|      |      |          |                     |        |       |    |     |     |      |    |            |                |             |             |

1 Cód. do Item: 65.02.43.00000039-6 Marca: PRATI Tb 100 200,00 1,6400 328,00 30  
DEXAMETASONA acetato de, creme 0,1% tb, 10g. A embalagem deve apresentar a frase: venda proibida pelo comercio. O fornecedor deve apresentar o 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 pais de origem traduzido por tradutor oficial. Unidade de fornecimento: tubo. ITEM DE COMPRA EXCLUSIVA PARA UNIDADES MUNICIPAIS.

TOTAL GERAL: 328,00

TOTAL POR EXTENSO: TREZENTOS E VINTE E OITO REAIS

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

LOCAL DE ENTREGA: 43.156.0002 - CENTRO DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO IBIRATAIA

Ibirataia

RUA EUNISIO COELHO TEIXEIRA N9

7335372740

COORDENADOR

DIRENTE

FORNECEDOR

(Ba), / /

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

A contratação com o FORNECEDOR obedece às condições do instrumento convocatório e da minuta de contrato dele constante, que esta AFM/APS integra independentemente de transcrição.







AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                                 |  |          |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | AFM nº: 43.156.00188/2025       |  | Página 1 |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Geração 07/10/2025              |  |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Emissão 07/10/2025              |  |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Processo nº:                    |  |          |
| C.N.P.J. 11415500000100                           |  | SRD nº:                         |  |          |
|                                                   |  | LID nº:                         |  |          |
|                                                   |  | INT nº:                         |  |          |
| Titular HEBER STEVS CÂNCIO E LIMA                 |  | RM nº: 43.35005/2025            |  |          |
| Decreto                                           |  | Licitação nº: 19.180-PE134/2025 |  |          |
|                                                   |  | Dispensa Tradicional nº:        |  |          |
|                                                   |  | Data Public.                    |  |          |
|                                                   |  | Data abertura                   |  |          |
|                                                   |  | Unid. Fiplan:                   |  |          |
|                                                   |  | Tel. (73)3537-2740              |  |          |
|                                                   |  | CEP: 45580000                   |  |          |
|                                                   |  | Estado BA                       |  |          |
|                                                   |  | Insc. Estadual ISENTO           |  |          |

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 | MS HOSPITALAR LTDA                                   |        | C.N.P.J./C.P.F. | 36191620000100       | Insc. Estadual      | 165.057.531 PP   |
| Endereço   | RUA BUENÓPOLIS, 200 RUA ACESSO BR 324 GALP B - 35 BI |        | E-mail2:        |                      | Insc. Municipal     | A / 2025 / 14009 |
| Cidade     | Feira de Santana                                     | Estado | BA              | Representante Legal: | TEL: (75) 4009-7198 |                  |

| ITEM ESPECIFICAÇÃO DO FORNECIMENTO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | UM | Ft. Emb. | QUANTIDADE | PREÇO UNITARIO | PREÇO TOTAL | PRZ.ENTREGA |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------|------------|----------------|-------------|-------------|
| 1                                  | Cód. do Item: 65.02.43.00000091-4 Marca: NATULAB CLORETO, de sodio 9mg/mL (0,9%), solucao nasal, frasco conta-gotas, 30mL (RP MUNICIPIOS). A embalagem deve apresentar 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: frasco | Un | 100      | 100,00     | 0,7800         | 78,00       | 30          |

ITEM DE COMPRA EXCLUSIVA PARA UNIDADES MUNICIPAIS.

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.



AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAL - AFM

|                                                   |  |                                 |  |                           |          |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|---------------------------|----------|
| Secretaria SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB |  | RM nº: 43.35005/2025            |  | AFM nº: 43.156.00188/2025 | Página 2 |
| Emitente FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA    |  | Licitação nº: 19.180-PE134/2025 |  | Geração 07/10/2025        |          |
| Endereço RUAS EUNISIO COELHO TEIXEIRA             |  | Dispensa Tradicional nº:        |  | Emissão 07/10/2025        |          |
| Cidade Ibirataia                                  |  | Data Public:                    |  | Processo nº:              |          |
| C.N.P.J. 11415500000100                           |  | Data abertura                   |  | SRD nº:                   |          |
|                                                   |  | Unid. Fijplan:                  |  | 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 MS HOSPITALAR LTDA                                 | C.N.P.J./C.P.F. 36191620000100 | Insc. Estadual 165.057.531 PP    |
| Endereço RUA BUENÓPOLIS, 200 RUA ACESSO BR 324 GALP B - 35 BI | E-mail: sac@mshosp.com.br      | Insc. Municipal A / 2025 / 14009 |
| Cidade Feira de Santana                                       | CEP: 44094594                  |                                  |
| Estado BA                                                     | Representante Legal:           | TEL: (75) 4009-7198              |

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

TOTAL POR EXTENSO: SETENTA E OITO REAIS

TOTAL GERAL: 78,00

|                                                                                         |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| UNIDADE: SECRETARIA DA SAÚDE - MUNICÍPIOS - AFB - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRATAIA |            |
| LOCAL DE ENTREGA: 43.156.0002 - CENTRO DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO IBIRATAIA          |            |
| Ibirataia                                                                               |            |
| NOVA IBIRATAIA DE CIMA                                                                  |            |
| COORDENADOR                                                                             | DIRIGENTE  |
|                                                                                         | FORNECEDOR |

(Ba), / /

Alex Santos

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.