



PREFEITURA MUNICIPAL VITORIA
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
 AV. MARECHAL MASCARENHAS DE MORAES, Nº 1185
 CEP: 29017-010 - FORTE SÃO JOÃO - VITÓRIA/ES
 CNPJ: 14.792.165/0001-58
 Fone/Fax: (27) 3132-5058

**AUTORIZAÇÃO
 DE
 FORNECIMENTO
 1102/2021**

Unidade Gestora da Licitação: FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Licitação: 139/2021 - Adesão a Sistema Registro de Preços

Nº de RC's:	474 / 2021
Processo Adm.	04737765/2021
Valor Total (R\$)	Valor total por extenso
13.262,50	TREZE MIL DUZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS

Unidade Requisitante

015.001.001.004.000 - GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTIC

Local de Entrega

RUA JOAO PALACIOS 503	<i>Prazo de Entrega</i>	<i>Condição de Pagamento</i>
EURICO SALES	20 dias	30 dias
29160-161 SERRA - ES		<i>Nro / Ano do Contrato</i>

Dados do Fornecedor

<i>Fornecedor</i>	<i>CNPJ (RG)</i>			
013666 INOVAMED HOSPITALAR LTDA	12.889.035/0001-02			
<i>Endereço</i>	<i>Bairro</i>			
RUA Doutor João Caruso 2115	INDUSTRIAL			
<i>E-Mail</i>				
INOVAMED@INOVAMED-RS.COM.BR				
<i>Cidade</i>	<i>UF</i>	<i>CEP</i>	<i>Telefone</i>	<i>Fax</i>
ERECHIM	RS	99706-250	(54)3522-4273	
<i>Banco</i>	<i>Agência / Conta</i>			

Empenho	Valor Empenho	Dotação/Elemento de Despesa	Fonte de Recurso			
02460/2021	13.262,50	1268 015.001.103030006.20035 / 3.3.90.30.09 - MATERIAL FARMACOLÓGICO	1.211.0000.0000 - RECEITA DE IMPOSTOS E DE TRANSF IMPOSTOS SAÚDE			
Item	Material	Unidade	Marca	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
1	2.16.09.0030.8	COM	ZYDUS	125.000,000	0,1061	13.262,50
ISOSSORBIDA, MONONITRATO, Concentração [mg]: 20, Forma farmacêutica: Comprimido						



PREFEITURA MUNICIPAL VITORIA
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
 AV. MARECHAL MASCARENHAS DE MORAES, Nº 1185
 CEP: 29017-010 - FORTE SÃO JOÃO - VITÓRIA/ES
 CNPJ: 14.792.165/0001-58
 Fone/Fax: (27) 3132-5058

**AUTORIZAÇÃO
 DE
 FORNECIMENTO**
1102/2021

Unidade Gestora da Licitação: FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Licitação: 139/2021 - Adesão a Sistema Registro de Preços

Nº de RC's:	474 / 2021
Processo Adm.	04737765/2021
Valor Total (R\$)	Valor total por extenso
13.262,50	TREZE MIL DUZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS

Unidade Requisitante

015.001.001.004.000 - GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTIC

NOTA:

Para efeito de pagamento, solicitamos que seja informado na nota fiscal o número da autorização de fornecimento, dados bancários e nota de empenho.

Observação:

Autorizo o Fornecimento,

VITÓRIA / ES, ____ de _____ de _____

 Carimbo e Assinatura do Responsável

RESERVADO AO FORNECEDOR

 Assinatura da Contratada