

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO Nº 001940/2026

LICITAÇÃO COMPARTILHADA

Ente da Federação: MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DO SUL
Órgão Gerenciador: CONSÓRCIO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DO NORDESTE DE SANTA CATARINA – CISNORDESTE
Órgão Participante: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO FRANCISCO DO SUL
Processo Administrativo Licitatório: 000001/2026 | Edital: 0001/2026
Ata de Registro de Preços/Alterações: ARP26CIS000013 | MOP26CIS000294 | Vigência: 30/04/2027
Instrumento de Contrato: Substituído
Solicitação de Fornecimento: 0087/2026, efetuada em 21/10/2026 por LUANA KELLI LESSACK PAIVA

Dados para Faturamento

Nome: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO FRANCISCO DO SUL CNPJ: 03.264.792/0001-08
Endereço: PRACA GETÚLIO VARGAS, 9 - CENTRO Telefone: (47) 3620-0198
Cidade: SÃO FRANCISCO DO SUL (SC) CEP: 89.240-000 Email: financeirosaude@saofranciscodosul.sc.gov.br
Email XML: financeirosaude@saofranciscodosul.sc.gov.br
Observação: ENTREGA ENTRE 08:30 AS 13:00
Obs NF: **Emitir notas fiscais individualizadas por empenho.**

Dados para Entrega (Verificar condições de entrega na Ata de Registro de Preços)

Local Entrega: ALMOXARIFADO CENTRAL - SECRETARIA DE SAÚDE Telefone: () -
Endereço: RUA ALDO POSSAMAI Nº 77 - CENTRO
Cidade: SÃO FRANCISCO DO SUL (SC) CEP: 89.240-000
Horário de Atendimento: 08:30 ÀS 13:00

Dados do Fornecedor

Nome: INOVAMED HOSPITALAR LTDA Telefone: (54) 2106-7930
Endereço: RUA DOUTOR JOAO CARUSO, Nº 2115 Banco: BANCO DO BRASIL: 001
Cidade: ERECHIM-RS - CEP: 99.706-250 Agência: 0132-5
Cnpj: 12.889.035/0001-02 Inscrição: 039/0157570 Conta Corrente: 16.1027-9
Email: pedro.o@inovamedhospitalar.com;lilian.k@inovamedhospitalar.com;contratos@inovamedhospitalar.com Pix:
Domicílio Eletrônico: licitacao01@inovamed-rs.com.br

Regularidade Fiscal	Número	Emissão	Validade	Situação
Prova de regularidade com a Fazenda Federal e Seguridade Social	115A.0D3D.1BDE.C447	22/09/2026	21/03/2027	Comprovada
Prova de regularidade com a Fazenda Estadual	41973582	14/09/2026	12/11/2026	Comprovada
Prova de regularidade com a Fazenda Municipal	212889035000102	05/08/2026	03/11/2026	Comprovada
Prova de Regularidade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS)	2026101408241782275081	14/10/2026	12/11/2026	Comprovada
Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho	12.889.035/0001-02	22/06/2026	19/12/2026	Comprovada

Dados Complementares

Objeto: MEDICAMENTOS E SUPLEMENTOS
Chave TCE: 3EFE356FDB935F1F6A2D84D66522E537EBE8A1BF
Destinação: AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS CONSTANTES DO REMUME DO MUNICÍPIO A SEREM DISTRIBUIDOS PELA FARMÁCIA BÁSICA CENTRAL E UNIDADES DE SAÚDE
Fonte de Recurso ou Dotação: A SER DEFINIDA
Observação: ENTREGA ENTRE 08:30 AS 13:00
Entrega: ATÉ 20 (VINTE) DIAS APÓS A AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO AF Recebida pelo Fornecedor: 23/10/2026 Prazo Entrega: 12/11/2026
Pagamento: ATÉ 30 DIAS APÓS RECEBIMENTO Empenho(s)/Valor(es): 2842/R\$302,70, 2843/R\$7.443,15

Prazo de Vigência:

- O prazo de vigência para a execução desta Autorização de Fornecimento - AF é idêntico ao prazo de entrega do produto.
- O prazo de vigência do contrato será automaticamente prorrogado quando seu objeto não for concluído no prazo de entrega do produto.
a) O prazo de vigência do contrato não se confunde com o prazo de entrega do produto objeto desta AF, e a aceitação de recebimento posterior do(s) item(ns) não se configura como novo prazo de entrega do produto.
b) Caso a entrega deixar de ser cumprida ou ocorrer fora do prazo previsto em decorrência de culpa do contratado, ele será constituído em mora, sendo-lhe aplicáveis as respectivas sanções administrativas, e o Órgão Gerenciador poderá optar pela extinção do contrato e, nesse caso, adotará as medidas admitidas em lei para a continuidade da execução contratual.

Relação de Itens Autorizados

Item	Quant	Unidade	Especificação	Marca	Preço Unit.	Preço Total
99	300,00	AMPOLA 2,00 ML	CETOPROFENO, 50 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL, INTRAMUSCULAR, AMPOLA 2,00 ML. CÓDIGO BR: BR0448845. CÓDIGO DA UNIDADE: 9	HIPOLABOR - HIPOLABOR	1,009	302,70
170	12.000,00	COMPRIMIDO	DOXAZOSINA MESILATO, 4 MG, COMPRIMIDO. CÓDIGO BR: BR0268495. CÓDIGO DA UNIDADE: 42	CIMED - CIMED	0,144	1.728,00
173	120.000,00	COMPRIMIDO	ENALAPRIL MALEATO, 10 MG, COMPRIMIDO. CÓDIGO BR: BR0267651. CÓDIGO DA UNIDADE: 42	CIMED - CIMED	0,030	3.600,00
251	80.000,00	COMPRIMIDO	HIDROCLOROTIAZIDA, 25 MG, COMPRIMIDO. CÓDIGO BR: BR0267674. CÓDIGO DA UNIDADE: 42	CIMED - CIMED	0,020	1.600,00
336	150,00	BISNAGA 28,00 G	MICONAZOL NITRATO, 20 MG/G, CREME, BISNAGA 28,00 G. CÓDIGO BR: BR0268286. CÓDIGO DA UNIDADE: 23	HIPOLABOR - NITRATO DE MICONAZOL	2,289	343,35
426	200,00	FRASCO 30,00 ML	SULFATO FERROSO, 25MG/ML DE FERRO II, SOLUÇÃO ORAL-GOTAS, FRASCO 30,00 ML, SEM RESTRIÇÃO PARA USO PEDIÁTRICO (REFERENTE A IDADE E PESO), SOMENTE COM REGISTRO DE MEDICAMENTO OU NOTIFICAÇÃO SIMPLIFICADA. CÓDIGO BR: BR0292345. CÓDIGO DA UNIDADE: 97	AIRELA - SULFERMAX	0,859	171,80
Valor Total:					7.745,85	

LUANA KELLI LESSACK PAIVA
Responsável pela Autorização
Efetuada em 23/10/2026
Enviada para o Fornecedor em 23/10/2026

No fornecimento e no recebimento dos itens desta Autorização de Fornecimento devem ser observadas rigorosamente as especificações, marcas/modelos e valores. Excepcionais alterações deverão ser previamente autorizadas pelo Órgão Gerenciador (CISNORDESTE).