

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO Nº 000953/2024
LICITAÇÃO COMPARTILHADA

Ente da Federação: MUNICÍPIO DE CABIXI
Órgão Gerenciador: CONSÓRCIO INTERFEDERATIVO DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DE RONDÔNIA
Órgão Participante: MUNICÍPIO DE CABIXI
Processo Administrativo Licitatório: 000121/2023 | Pregão Eletrônico: 0004/2023
Ata de Registro de Preços/Alterações: ARP24CIN000038 | MOP24CIN000389 | Vigência: 15/02/2025
Solicitação de Fornecimento: 0108/2024, efetuada em 05/09/2024 por JAIR GODINHO DA SILVA

Dados para Faturamento

Nome: PREFEITURA MUNICIPAL DE CABIXI CNPJ: 22.855.159/0001-20
Endereço: AVENIDA TAMÓIOS, 4031, PRÉDIO BRANCO DE ESQUINA, PROXIMO AO BANCO SICOOB - CENTRO Telefone: (69) 9334-52359
Cidade: CABIXI (RO) CEP: 76.994-000 Email: prefcabixi@gmail.com
Email XML: prefcabixi@gmail.com
Observação: ENTREGAR DAS 7H AS 13H DE SEGUNDA A SEXTA FEIRA, EXCETO FERIADOS, POR GENTILEZA FATURAR CONFORME EMPENHO, NÃO ACEITAREMOS NF DIVERSO AO EMPENHO

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

Local Entrega: HOSPITAL MUNICIPAL DE PEQUENO PORTE Telefone: () -
Endereço: RUA CARIJÔS Nº 3338 - CENTRO
Cidade: CABIXI (RO) CEP: 76.994-000
Horário de Atendimento: DAS 07:00 AS 13:00 DE SEGUNDA A SEXTA

Dados do Fornecedor

Nome: CONQUISTA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS Telefone: (47) 3366-7867
Endereço: HOSPITALARES EIRELI Banco: BANCO DO BRASIL
Rod BR 101, Nº 131 Agência: 1707-8
Cidade: CAMBORIÚ - SC - CEP: 88.349-175
Cnpj: 12.418.191/0001-95 Inscrição: 256.542.937 Conta Corrente: 28814-4 | CONQUISTA D M P H EIRELI
Email: conquistamedicamentos@gmail.com; gerencia@conquistamedicamentos.com.br
faturamento02@conquistamedicamentos.com.br;
vendas@conquistamedicamentos.com.br; vendas08@conquistamedicamentos.com.br; faturamento@conquistamedicamentos.com.br
Domicílio Eletrônico: conquistamedicamentos@gmail.com

Regularidade Fiscal	Número	Emissão	Validade	Situação
Prova de regularidade com a Fazenda Federal e Seguridade Social	AD2CDBF4D2F3ACBD	01/07/2024	28/12/2024	Comprovada
Prova de regularidade com a Fazenda Estadual	240140194660495	23/06/2024	20/12/2024	Comprovada
Prova de regularidade com a Fazenda Municipal	158334	09/09/2024	09/10/2025	Comprovada
Prova de Regularidade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS)	2024091205061666341032	12/09/2024	11/10/2024	Comprovada
Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho	46317413/2024	02/07/2024	29/12/2024	Comprovada

Dados Complementares

Objeto: MEDICAMENTOS PT.2 - 14.133/2021
Destinação: MEDICAMENTOS PARA ATENDER A DEMANDA DO MUNICIPIO
Fonte de Recurso ou Dotação:
Observação: ENTREGAR DAS 7H AS 13H DE SEGUNDA A SEXTA FEIRA, EXCETO FERIADOS, POR GENTILEZA FATURAR CONFORME EMPENHO, NÃO ACEITAREMOS NF DIVERSO AO EMPENHO
Entrega: ATÉ 15 DIAS APÓS A AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO AF Recebida pelo Fornecedor: 03/10/2024 Prazo Entrega: 18/10/2024
Pagamento: ATÉ 30 DIAS APÓS RECEBIMENTO Empenho(s)/Valor(es): 1089/R\$666,43

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
211	1.000,00	COMPRIMIDO	IVERMECTINA, 6 MG. (CRON2085)	GENÉRICO/VIT AMEDIC - COMPRIMIDOS	0,3920	392,00

Relação de Itens Autorizados

Item	Quant	Unidade	Especificação	Marca	Preço Unit.	Preço Total
310	60,00	AMPOLA	METRONIDAZOL, 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL, BOLSA 100 ML. (CRON2238)	GENÉRICO/HAL EX ISTAR - BOLSA	4,5738	274,43
Valor Total:						666,43

ALLISON MAICON BENTO PRETTO
Responsável pela Autorização
Efetuada em 03/10/2024
Enviada para o Fornecedor em 03/10/2024

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 (CINDERONDÔNIA).