



MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA  
Autorização de Fornecimento

AF 000955/2024 - Emissão: 20/03/2024

1ª Via - Cabeçalho\_AF

Município de Pindamonhangaba  
CNPJ 45.226.214/0001-19  
Avenida Nossa Senhora do Bom Sucesso, nº 1400  
Pindamonhangaba / SP, CEP 12420-010  
Tel: (12) 3644-5600 - Almoxarifado Central (12) 3645-3389

|                 |                                                                                 |                                  |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Fornecedor:     | VIER PHARMA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR, REPRESENTACAO E CONSULTORIA LTDA (438010) | 12.419.620/0001-49               |
| Endereço:       | RUA R TOLEDO BARBOSA, 933 - BELENZINHO, CEP: 03061000, SAO PAULO - SP           |                                  |
| e-Mail:         | licita@vierpharma.com.br                                                        | Contatos: (11) 2291-8023/ (11) 9 |
| Conta Bancária: | -                                                                               | Agência: - C/C: -                |

Unidades atendidas

|                  |                                                         |
|------------------|---------------------------------------------------------|
| Unidade Adm.:    | GESTÃO DA SAÚDE (0003)                                  |
| Centro Consumo:  | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE/ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA (020) |
| Solic.de Compra: | 000440/2024                                             |

Processo de compra

|            |             |             |                                            |
|------------|-------------|-------------|--------------------------------------------|
| Número:    | 002978/2024 | Modalidade: | DL - Dispensa de Licitação nº: 000061/2024 |
| Data:      | 14/03/2024  | Artigo:     | * Lei 14.133/2021, Art. 75, II             |
| Comprador: | SHOLIVEIRA  |             |                                            |

PROC. 2978/2024- SC 440/2024  
Aquisição de Medicamentos para atender demanda judicial contra o município de Pindamonhangaba.

Informação p/ entrega

|                                   |                                                                                                                                           |                         |                                        |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------|
| Almoxarifado responsável:         | ALMOXARIFADO SAÚDE (3)                                                                                                                    |                         |                                        |
| Prazo para entrega da mercadoria: | 000 Dias                                                                                                                                  | Condições de pagamento: | 30 DIAS APÓS A EMISSÃO DA NOTA FISCAL. |
| Local para entrega da mercadoria: | Almoxarifado da Saúde, sito à Avenida Albuquerque Lins, nº 120, SãoBenedito, Pindamonhangaba, das 8:00h às 11:00h e das 13:00h às 16:00h. |                         |                                        |

Empenho(s)

|                        |                                                                                                                                                                                     |                  |          |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------|
| 03892/2024 - Ordinário | UO: 0110 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE<br>UE: 011060 - DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E SAÚDE BUCAL<br>00596   011060   10.303.0014.2055   01   304.0000   3.3.90.32.02 | Valor utilizado: | 1.481,48 |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------|

| ITEM   | CLASSIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | QUANTIDADE | UN | VALORES  |          |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----|----------|----------|
|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |    | UNITÁRIO | TOTAL    |
| 0006   | 1.002.007.00025171<br>BECLOMETASONA, DIPROPIONATO 200 MCG + FORMOTEROL, FUMARATO 6 MCG POR DOSE<br>MARCA: FOSTAIR 200/6<br>DESCRIÇÃO COMPLETA: BECLOMETASONA, DIPROPIONATO 200 MCG + FORMOTEROL, FUMARATO 6 MCG POR DOSE (ACIONAMENTO). SOLUÇÃO AEROSSOL, FRASCO CONTENDO 120 DOSES, ACOMPANHADO DE BOCAL (DISPOSITIVO PARA APLICAÇÃO ORAL EM FORMA DE L) COM CONTADOR DE ACIONAMENTOS.<br>****AÇÃO JUDICIAL. EXIGE MARCA: FOSTAIR 200/6**** | 11,0000    | FR | 134,6800 | 1.481,48 |
| TOTAL: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |    | 1.481,48 |          |

( um mil quatrocentos e oitenta e um reais e quarenta e oito centavos )

Assinado por 1 pessoa: JOAO DO CARMO DA SILVA  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://pindamonhangaba.1doc.com.br/verificacao/B599-0E-F8-E7CO-7ABA e informe o código B599-0E-F8-E7CO-7ABA



## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: B599-0EF8-E7C0-7ABA

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



LUCIO DO CARMO DA SILVA (CPF 307.XXX.XXX-99) em 21/03/2024 07:52:10 (GMT-03:00)

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://pindamonhangaba.1doc.com.br/verificacao/B599-0EF8-E7C0-7ABA>