



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

Rodovia Gether Lopes de Faria - Bairro Emílio Calegari - São Domingos do Norte - ES - Cep 29750-000 - Telefax (27)

3742-1219 - Telefone (27) 3742 -1188

CNPJ: 32.350.312/0001-72

**ANEXO - CONTRATO Nº 000058/2024 - SEQUÊNCIA Nº000001167**

|                                  |   |   |                    |           |                   |                 |                    |
|----------------------------------|---|---|--------------------|-----------|-------------------|-----------------|--------------------|
| <i>Origem</i>                    |   | <i>Processo</i>   | <b>001038/2024</b> |           |                   |                 |                    |
| <i>Contrato</i>                  | <b>Contrato Nº 000058/2024</b>  |   |                    |           |                   |                 |                    |
| <i>Empresa</i>                   | <b>INOVAMED HOSPITALAR LTDA</b>   |   |                    |           |                   |                 |                    |
| <i>CNPJ</i>                      | <b>CNPJ: 12.889.035/0002-93</b>   |   |                    |           |                   |                 |                    |
| <i>Endereço</i>                  | <b>Rua Particular, 110 - Ipiranga - Pouso Alegre - MG - CEP: 37556348</b>       |   |                    |           |                   |                 |                    |
| <i>Secretaria</i>                | <b>00003 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE</b>   |   |                    |           |                   |                 |                    |
| <i>Local</i>                     | <b>00105 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE</b>   |   |                    |           |                   |                 |                    |
| <i>Dotação</i>                   | <b>00116-162100000000 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA</b> |   |                    |           |                   |                 |                    |
| <i>Item</i>                      | <i>Lote</i>   | <i>Especificação</i>  | <i>Marca</i>       | <i>UN</i> | <i>Quantidade</i> | <i>Unitário</i> | <i>Valor Total</i> |
| 001                              | 001   | NEOMICINA 5MG/G + BACITRACINA 250UI/G<br>neomicina 5mg/g + bacitracina 250ui/g apresentação:<br>tubo especificações mínimas: neomicina 5mg/g +<br>bacitracina 250ui/g tubo com 15g pomada | Cimed              | UN        | 350,00            | 2,390           | 836,50             |
| <b>FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE:</b> |   |   |                    |           |                   |                 | <b>836,50</b>      |
| <b>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE:</b> |   |   |                    |           |                   |                 | <b>836,50</b>      |
| <b>INOVAMED HOSPITALAR LTDA:</b> |   |   |                    |           |                   |                 | <b>836,50</b>      |