

08888968000108  
ARROJADO LISBOA, S/N CENTRO PRINCESA ISABEL-PB CEP:58755-000  
FONE: (83) 3427-2231

## NOTA DE EMPENHO

Tipo de Crédito: <input type="checkbox"/> 1-Ordinário Suplementar <input type="checkbox"/> 2-Especial <input type="checkbox"/> 3-Extraordinário <input type="checkbox"/> 4-Fundo Especial		Número: <b>0003451</b>	Data de Emissão: 09/04/2020	Tipo: Ordinário	Anulação Num.:
Número da Ficha: <b>586</b>		Unidade Orçamentária: 0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE			
Classificação da Despesa: 10 - SAÚDE 302 - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL 2027 - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR 2123 - MANTER A MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR 3.3.90.30.01 - MATERIAL DE CONSUMO 012 - MATERIAL HOSPITALAR			Saldo Anterior: -164.197,17 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: -164.197,17 Este Empenho: 9.900,00 Saldo da Dotação: -174.097,17		
Credor: LB PARTICIPAÇÕES, DISTRIBUIÇÃO DE PRODUTOS HOSPITALARES E RE			Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> 1-Pessoa Física <input type="checkbox"/> 2-Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/> 3-Folha de Pagamento <input type="checkbox"/> 4-Outros	CNPJ/CPF: 21.946.771/0001-46	
Endereço: SHIS CL QI 9 BLOCO "J" SALAS 112/114, S/N			Complemento:		
Bairro: LAGO SUL	Cidade / UF: BRASÍLIA - DF		CEP: 71625-182		
Especificação da Despesa: VALOR QUE SE EMPENHA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE A AQUISIÇÃO DE MÁSCARA RESPIRADOR SEMIFACIAL PFF2-S COM VÁLVULA EQUIVALENTE N95, PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE, JUNTO A SECRETARIA DE SAÚDE PARA O ENFRETEAMENTO DA COVID-19, CONFORME DOCUMENTO EM ANEXO.					
Tipo de Meta: - OUTRAS		Convênio:		9.900,00	
DADOS DA LICITAÇÃO:					
Licitação:		Modalidade: 6-Dispensa por Valor			
Contrato:			Processo:		
DADOS DA OBRA:					
Código da Obra:		Categoria:		Tipo:	
Fonte de Recurso:				Data de Início:	
Situação:				Data Prevista:	
				Data da Conclusão:	
Recebi(emos) a importância de R\$ 9.900,00 (Nove Mil e Novecentos Reais), correspondente ao crédito discriminado nesta nota de empenho e/ou ordem de pagamento.					
Ass. Ordenador de Despesas: em: 09/04/2020		Deduzida da Dotação: em: 09/04/2020		Liquidação: em: ____/____/____	
Ass.		Ass.		Ass.	
				Pague-se em: ____/____/____ Ass.	

PREFEITURA DE  
**PRINCESA ISABEL**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MEMORANDO GAB Nº 410/2020

Princesa Isabel, 23 de abril de 2020.

Ao Ilustríssimo Senhor  
Fábio Braz Pereira  
Secretário Municipal de Finanças, Administração e Planejamento.

Senhor Secretário,

Solicito o ressarcimento da nota fiscal nº 150 da empresa **LB PARTICIPAÇÕES, DISTRIBUIÇÃO DE PRODUTOS HOSPITALARES E RE** no valor de R\$ 9.900,00 (nove mil e novecentos reais) referente á aquisição de 300 mascaras respiratória semifacial descartável destinadas ao Hospital Deputado José Pereira Lima (COVID19).

Banco do Brasil

AG: 3476-2



C/C: 30624-x

**Documentação da despesa (nota fiscal, contrato ou ordem de fornecimento e/ou serviços) para prévio empenho.**

DOCUMENTO FISCAL		Processo Administrativo		PROCESSO LICITATÓRIO / compras e serviços			
Tipo	Número	Número	Data	Modalidade	Número	Prot.TCE	Vigência
NF-e	150		22/04/2020				

**CADASTRO DE OBRAS TCE:**

DESTINAÇÃO DOS RECURSOS	
Unidade Orçamentária	Ação de Governo
Secretaria Municipal de Saúde	Hospital Deputado José Pereira Lima
ATESTADO PROCESSUAL	
PELO RESPONSÁVEL DO PROCESSO DA DESPESA	PELA CONTROLADORIA
Atesto que as informações são verdadeiras e os serviços / mercadorias foram realizados / fornecidos.	Processo da despesa de conformidade com as exigências legais.
 Assinatura com carimbo e matrícula Princesa da Luz Secretária de Saúde	 Assinatura com carimbo e matrícula Fábio Braz Pereira Secretário Municipal de Finanças, Administração e Planejamento

 <b>LB PARTICIPACOES, DISTRIBUICAO DE PRODUTOS HOSPITALARES E RE</b> Quadra SHIS QI 9 Bloco J, 114 Setor de Habitacoes Individuais Sul - 71625-182 Brasilia - DF 6199999999	<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DE NOTA FISCAL ELETRONICA 0 - ENTRADA 1 - SAIDA <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</span> <b>150</b> SÉRIE: 1 FOLHA 1 / 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO <b>5320 0421 9467 7100 0146 5500 1000 0001 5016 9888 3955</b> Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no site da Sefaz Autorizadora.
	NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>Venda a nao-contribuinte</b>	

INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>0771154600109</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST.	CNPJ <b>21.946.771/0001-46</b>
--	------------------------------	-----------------------------------

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF	DATA EMISSÃO
NOME / RAZÃO SOCIAL <b>MUNICIPIO DE PRINCESA ISABEL</b>		<b>08.888.968/0001-08</b>	<b>22/04/2020</b>
ENDEREÇO <b>Rua Sao Roque, SN</b>	BAIRRO / DISTRITO <b>Centro</b>	CEP <b>58755-000</b>	DATA ENTRADA / SAÍDA <b>22/04/2020</b>
MUNICÍPIO <b>Princesa Isabel</b>	FONE / FAX	UF <b>PB</b>	HORA ENTRADA / SAÍDA <b>10:32:57</b>

FATURA / DUPLICATA
001 22/04/2020 10,00

CALCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CALCULO DO ICMS <b>0,00</b>	VALOR DO ICMS <b>0,00</b>	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBST. <b>0,00</b>	VALOR DO ICMS SUBST. <b>0,00</b>	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS <b>9.900,00</b>	
VALOR DO FRETE <b>0,00</b>	VALOR DO SEGURO <b>0,00</b>	DESCONTO <b>0,00</b>	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS <b>0,00</b>	VALOR TOTAL DO IPI <b>0,00</b>	VALOR TOTAL DA NOTA <b>9.900,00</b>

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS						
NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA <b>9-SEM FRETE</b>	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ / CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE <b>0</b>	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO <b>0,000</b>	PESO LIQUIDO <b>0,000</b>	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS														
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BASE		VALOR		ALÍQUOTA	
									Cálculo	ICMS	IPI	ICMS %	IPI %	
01	MASCARA RESPIRADOR SEMIFACIAL DESCARTAVEL PFF2-5 COM VALVULAS EQUIVALENTE N95	39204390	041	6102	qt	300	33,0000	9.900,00	0,00	0,00	0,00	0	0	

Atesto que o serviço e/ou produto constante nesta Nota Fiscal foi executado e/ou entregue em conformidade com o que consta no Pedido de Nascimento do Resolvidor do Prefeito Constitucional

Assinatura/Carimbo

CALCULO DO ISSQN			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL <b>0771154600109</b>	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS <b>0,00</b>	BASE DE CALCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN <b>0,00</b>

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
LB PARTICIPACOES, DISTRIBUICAO DE PRODUTOS HOSPITALARES E REPRESENTACOES LTDA CNPJ 21.946.771/0001-46 BANCO DO BRASIL 001 AG 3476-2 C/C 30624-X Empenho 0003451 Valor Aprox. dos Tributos R\$ 3.127,41 Fonte: IBPT PROCON DF - SCS - 8 50/60 240 A - Asa Sul, Brasilia - DF, 70333-900. Telefone: (61) 3218-7700.	



---

### Transferência entre contas diversas

#### Debitado

---

Nome	CNV HOSP REG PR ISABEL
Agência	867-2
Conta corrente	25769-9

#### Creditado

---

Nome	LB P C E I LTDA
Agência	3476-2
Conta corrente	30624-X
Valor	4.950,00
Data	Nesta data

---

Assinada por	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	23/04/2020 12:19:27
	JB501283 RICARDO NASCIMENTO	23/04/2020 12:22:48

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JB501283 RICARDO NASCIMENTO.



### Transferência entre contas diversas

#### Debitado

Nome CNV HOSP REG PR ISABEL  
Agência 867-2  
Conta corrente 25769-9


#### Creditado

Nome LB P C E I LTDA  
Agência 3476-2  
Conta corrente 30624-X  
Valor 4.950,00  
Data Nesta data


Assinada por JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA 27/04/2020 08:47:06  
JB501283 RICARDO NASCIMENTO 27/04/2020 08:47:55

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB501283 RICARDO NASCIMENTO.

 **OFERTA PARA VOCÊ.** ✕

Clique para ampliar:



**Fale com o BB**

Neste momento você pode atualizar o cadastramento de dados, alterar o endereço e alterar senhas e limites. Sem sair do aplicativo.

Basta pressionar o Fale com o BB no Autoatendimento Self-Service das 9 às 17 horas.