

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL

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: <p style="text-align: center;">0003401</p>	Data de Emissão: <p style="text-align: center;">06/04/2020</p>	Tipo: <p style="text-align: center;">Ordinário</p>	Anulação Num.:
---	--	---	---	----------------

Número da Ficha: <p style="text-align: center;">655</p>	Unidade Orçamentária: <p style="text-align: center;">0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE</p>
---	---

Classificação da Despesa: 10 - SAÚDE 302 - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL 2027 - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR 2891 - MANUTENÇÃO DO HOSPITAL REGIONAL JOSE PEREIRA 3.3.90.30.01 - MATERIAL DE CONSUMO 220000002 - Transferências de Convênios ou de Contratos de Repasse vinculados à Saúde (Corren 019 - OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>Saldo Anterior:</td> <td style="text-align: right;">1.794.667,35</td> </tr> <tr> <td>Suplementação:</td> <td style="text-align: right;">0,00</td> </tr> <tr> <td>Anulação:</td> <td style="text-align: right;">0,00</td> </tr> <tr> <td>Soma:</td> <td style="text-align: right;">1.794.667,35</td> </tr> <tr> <td>Este Empenho:</td> <td style="text-align: right;">2.016,00</td> </tr> <tr> <td>Saldo da Dotação:</td> <td style="text-align: right;">1.792.651,35</td> </tr> </table>	Saldo Anterior:	1.794.667,35	Suplementação:	0,00	Anulação:	0,00	Soma:	1.794.667,35	Este Empenho:	2.016,00	Saldo da Dotação:	1.792.651,35
Saldo Anterior:	1.794.667,35												
Suplementação:	0,00												
Anulação:	0,00												
Soma:	1.794.667,35												
Este Empenho:	2.016,00												
Saldo da Dotação:	1.792.651,35												

Fornecedor: MEDICAL - MERCANTIL DE APARELHAGEM MEDIC - LTDA	Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> 1-Pessoa Física <input checked="" type="checkbox"/> 2-Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/> 3-Folha de Pagamento <input type="checkbox"/> 4-Outros	CNPJ/CPF: <p style="text-align: center;">10.779.833/0001-56</p>
--	---	--

Endereço: AV.GOV.AGAMENON MAGALHAES,3158	Complemento: TERREO, 1o. 2o E 3o
---	-------------------------------------

Bairro: ESPINHEIRO	Cidade / UF: RECIFE - PE	CEP: 52010-040
-----------------------	-----------------------------	-------------------

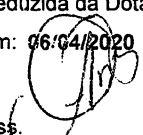
Especificação da Despesa:
 VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE A AQUISIÇÃO DE ALCCOL 70%, OS QUAIS FORAM DESTINADAS AO HOSPITAL DEPUTADO JOSE PEREIRA LIMA, JUNTO A SECRETARIA DE SAUDE DESTE MUNICIPIO DE ACORDO COM DOCUMENTOS EM ANEXO.

Tipo de Meta: 7 - OUTRAS	Convênio:	Valor da Despesa: <p style="text-align: right;">2.016,00</p>
-----------------------------	-----------	--

DADOS DA LICITAÇÃO:	
Licitação:	Modalidade: 6-Dispensa por Valor
Contrato:	Processo:

DADOS DA OBRA:			
Código da Obra:	Categoria:	Tipo:	Data de Início:
Fonte de Recurso:			Data Prevista:
Situação:			Data da Conclusão:

Fica empenhada a importância de R\$ 2.016,00 (Dois Mil e Dezesseis Reais)

Ass. Ordenador de Despesas: em: 06/04/2020 <hr/> RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	Deduzida da Dotação: em: 06/04/2020  Ass.	Liquidação: em: ____/____/____ Ass.	Pague-se em: ____/____/____ Ass.
---	--	---	--



PREFEITURA DE
PRINCESA ISABEL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MEMORANDO GAB Nº 380/2020

Princesa Isabel, 20 de abril de 2020.

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

Senhor Secretário,


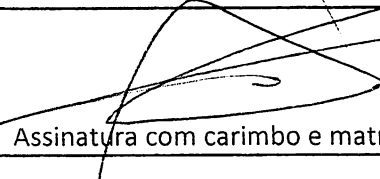
Solicito o pagamento das notas fiscais da empresa **MEDICAL MERCANTIL DE APARELHAGEM MEDICA LTDA** referente á aquisição álcool A70 e Uretest destinados ao Hospital Deputado José Pereira Lima.

Banco Brasil
AG: 3433
C/C: 2532-1

NF-E	VALOR
501587	R\$ 6.720,00
501588	R\$ 2.016,00
52881	R\$ 394,00

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

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 de Francisco de Melo Henriques Secretaria de Saúde	 Assinatura com carimbo e matrícula



Medical Mercantil de Aparelhagem Medica Ltda
 Av. Agamenon Magalhaes, 3158. Espinheiro, RECIFE - PE
 CEP: 52.010-040 Telefone: (81) 3216-6161

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA 1

Nº 501588

SÉRIE 1 Página : 1 / 1



CHAVE DE ACESSO

2620 0410 7798 3300 0156 5500 1000 5015 8810 1501 5887

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
 www.nfe.fazenda.gov.br/portal
 ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO Vda Merc.p/ nao Contrib		PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 126200026584459	DATA DE AUTORIZAÇÃO 08/04/2020 09:41:23
CNPJ 10.779.833/0001-56	INSCRIÇÃO ESTADUAL 000503185	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUBS. TRIB. 169999793	DATA DE EMISSÃO 08/04/2020
		DATA SAÍDA / ENTRADA 08/04/2020	

DESTINATÁRIO / REMETENTE				
NOME / RAZÃO SOCIAL FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE PRINCESA ISABEL				
CNPJ / CPF 10.473.821/0001-07	INSCRIÇÃO ESTADUAL	ENDEREÇO RUA CONRADO ROSAS 75, .		
FONE / FAX (83) 9699-0990	CEP 58.755-000	BAIRRO CENTRO	MUNICÍPIO PRINCESA ISABEL	UF PB

FATURA				
Nº FATURA 501588	VALOR ORIGINAL R\$ 2.016,00	DESCONTO R\$ 0,00	VALOR LÍQUIDO R\$ 2.016,00	FORMA DE PAGAMENTO Pagamento a prazo

DUPLICATAS		
Nº DUPLICATA 001	VENCIMENTO 08/05/2020	VALOR R\$ 2.016,00

DTAIS DA NOTA FISCAL					VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL R\$ 2.016,00
BASE DE CÁLCULO DO ICMS R\$ 2.016,00	VALOR DO ICMS R\$ 241,92	VALOR DO IPI R\$ 0,00	VALOR DO FRETE R\$ 0,00	VALOR DO DESCONTO R\$ 0,00	
BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUTO R\$ 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO R\$ 0,00	VALOR DO SEGURO R\$ 0,00	VALOR DESPESAS R\$ 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS R\$ 2.016,00	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS						
RAZÃO SOCIAL		CNPJ / CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	FRETE POR CONTA DO EMITENTE	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	NUMERAÇÃO	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS														
Nº	CÓDIGO DO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	NCM	CST	CFOP	UNID	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR DESCONTO	BASE CALC. ICMS	ICMS	IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI
1	2004340	ALCOOL ETILICO A 70 1000ML - Marca: LAPON	30049099	0 00	6108	LT	144	14,00	2.016,00	0,00	2016,00	241,92	0,00	12,00 0,00
Nº LOTE: 014		QUANTIDADE: 144	DATA DE FABRICAÇÃO: 01/03/2020		DATA DE VALIDADE: 30/09/2020									

Atesto que o serviço e/ou produto
 constante nesta Nota Fiscal foram
 executados e/ou entregues
 Assinatura/Cambo

Cleidiano Moura Costa
 Coord. Geral de Compras

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES #Ped:7009684/Vend:18614-SONIA MARIA ALM /Resp.Transporte: Cliente BCO: 001-Banco do Brasil AG: 3433 CC: 2532--1/(18614-0.750) / EC 87/2015 - FECP: 0,00- ICMS UF destino: 120,96 - Total ICMS UF Destino: 120,96.	RESERVADO AO FISCO



Consultas - Emissão de comprovantes

G333141200458284009
14/05/2020 12:05:21

05/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 17:00:41
086700867 SEGUNDA VIA 0007

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: PB 251230 FMS CUSTEIO SUS
AGENCIA: 0867-2 CONTA: 24.666-2

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	05/05/2020
NR. DOCUMENTO	553.433.000.002.532
VALOR TOTAL	2.016,00

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: MEDICAL MERCANTIL APARELH
AGENCIA: 3433-9 CONTA: 2.532-1
NR. DOCUMENTO 550.867.000.024.666

=====

NR.AUTENTICACAO	1.B2C.126.609.EA5.D00
-----------------	-----------------------

Transação efetuada com sucesso por: JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA.