

# 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; font-weight: bold;">0000113</p>	Data de Emissão: <p style="text-align: center;">11/01/2021</p>	Tipo: <p style="text-align: center;">Ordinário</p>	Anulação Num.:
---	--	---	---	----------------

Número da Ficha: <p style="text-align: center; font-weight: bold;">702</p>	Unidade Orçamentária: <p style="text-align: center;">0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE</p>
---	---

Classificação da Despesa: 10 - SAÚDE 305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 2048 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA COVID 19 2162 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19 3.3.90.30.01 - MATERIAL DE CONSUMO 214000000 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal 003 - MATERIAL FARMACOLÓGICO	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>Saldo Anterior:</td> <td style="text-align: right;">1.100.000,00</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;">1.100.000,00</td> </tr> <tr> <td>Este Empenho:</td> <td style="text-align: right;">1.869,00</td> </tr> <tr> <td>Saldo da Dotação:</td> <td style="text-align: right;">1.098.131,00</td> </tr> </table>	Saldo Anterior:	1.100.000,00	Suplementação:	0,00	Anulação:	0,00	Soma:	1.100.000,00	Este Empenho:	1.869,00	Saldo da Dotação:	1.098.131,00
Saldo Anterior:	1.100.000,00												
Suplementação:	0,00												
Anulação:	0,00												
Soma:	1.100.000,00												
Este Empenho:	1.869,00												
Saldo da Dotação:	1.098.131,00												

Credor: EUROMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA - ME	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: 27.985.664/0001-03
---	--	---------------------------------

Endereço: RUA PREFEITO ANTONIO LUIZ COUTINHO . 295	Complemento:
---	--------------

Bairro: LIBERDADE	Cidade / UF: CAMPINA GRANDE - PB	CEP: 58414-285
----------------------	-------------------------------------	-------------------

Especificação da Despesa:  
 VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA O COMBATE A COVID-19, OS QUAIS FORAM DESTINADOS A SECRETARIA DE SAÚDE DESTE MUNICÍPIO, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.



Tipo de Meta: 9 - DESPESA COVID-19	Convênio:	Valor da Despesa: <p style="text-align: right; font-weight: bold;">1.869,00</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\$ 1.869,00 (Um Mil e Oitocentos e Sessenta e Nove Reais)

Ass. Ordenador de Despesas: em: 11/01/2021  RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	Deduzida da Dotação: em: 11/01/2021 Ass. 	Liquidação: em: ___/___/___ Ass.	Pague-se em: ___/___/___ Ass.
--	--	--	-------------------------------------



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

MEMORANDO GAB Nº 14/2021

Princesa Isabel, 13 de janeiro de 2021.

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

Senhor Secretário,

Solicito o pagamento da nota fiscal nº 000.004.072 da empresa **EUROMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA-ME** no valor de R\$ 1.869,00 (Hum mil e oitocentos e sessenta e nove reais) referente á aquisição de medicamentos para o COVID 19, destinados a Secretaria de Saúde.

Banco do Bradesco


AG: 3445

C/C: 138-4

**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	000.004.072		07/01/2021				

**CADASTRO DE OBRAS TCE:**

DESTINAÇÃO DOS RECURSOS	
Unidade Orçamentária	Ação de Governo
Secretaria Municipal de Saúde	Secretaria Municipal de Saúde
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	Assinatura com carimbo e matrícula


RECEBEMOS DE EUROMED HOSPITALAR OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL DESTINADA AO CLIENTE ABAIXO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICIPIO DE PRINCESA ISAB	
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.004.072
SÉRIE : 1

**EUROMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA - ME**  
**RUA PREFEITO ANTONIO LUIZ COUTINHO, 295**  
**LIBERDADE**  
**CAMPINA GRANDE**  
**PB**  
**8333353045**  
**58414285**



**DANFE**  
**DOCUMENTO AUXILIAR**  
**DA NOTA FISCAL**  
**ELETRÔNICA**  
**0 - Entrada**  
**1 - Saída**   
**Nº 000.004.072**  
**SÉRIE : 1**  
**FOLHA: 1 of 1**



CHAVE DE ACESSO  
2521 0127 9856 6400 0103 5500 1000 0040 7210 0054 9935

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
[www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 325210000453010 07/01/2021 12:16:11
INSCRIÇÃO ESTADUAL 162959109	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA CNPJ 27.985.664/0001-03

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME/RAZÃO SOCIAL FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICIPIO DE PRINCESA ISABEL	CNPJ/CPF 10.473.821/0001-07	DATA DA EMISSÃO 07/01/2021
ENDEREÇO R CONRADO ROSAS, 75A, TERREO 1 ANDAR	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CEP 58.755-000
MUNICÍPIO Princesa Isabel	FONE/FAX	UF PB
	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA 12:16:50

**FATURA/DUPLICATA**

Número	Data Vcto.	Valor
001	05/02/2021	1.869,00

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.869,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA 1.869,00

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATARIO <input type="text" value="9"/>	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO**

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS	
												ICMS	IPI
001382	IMUNOVIC 30 CAPS NEOBEN Lotes: *360008 - Quant.: 67.0000 - Fabricacao: 1/8/2020 - Validade: 31/8/2022	21069030	0 40	5102	CX30	67	18	1.206,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001394	VITAMINA C POTE C/60 CAPS NEOBEN Lotes: *367001 - Quant.: 34.0000 - Fabricacao: 1/7/2020 - Validade: 31/7/2022	21069030	0 40	5102	CX60	34	19,5	663,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

Assinatura/Carimbo  
*Ym e.L. de S. Pereira*  
 CPF: 064.287.944-38

**CÁLCULO DO ISSQN**

INSCRIÇÃO MUNICIPAL 0620546	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 0,00	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN 0,00	VALOR DO ISSQN 0,00
--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	------------------------

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Trib aprox RS: 78.49 Federal e 336.42 Estadual Fonte: IBPT/empresometro.com.br 5DC0AE EUROMED HOSPITALAR BANCO BRADESCO AG 3445 CC 138-4 ATENCAO!!!! NAO ACEI TAMOS RECLAMACOES APOS 48 HORAS DA DATA DO RECEBIMENTO DESTA MERCA DORIA	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

---

**DOC ou TED Eletrônico****Debitado**

---

Agência 867-2  
Conta corrente 24666-2 PB 251230 FMS CUSTEIO SUS

**Creditado**

---

Banco 237 BANCO BRADESCO S.A.  
Agência (sem DV) 3445 AV ASSIS CHATEAUBRIAND  
Conta corrente (com DV) 1384  
CNPJ 27.985.664/0001-03  
Nome favorecido EUROMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA  
Finalidade CREDITO EM CONTA  
Número documento 11.401  
Valor 1.869,00  
Destinação 0  
Data transferência 14/01/2021  
"C" - CNPJ diferente  
Autenticação SISBB FC47A27FC9A23897

---

Assinada por JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA 14/01/2021 10:36:53  
JD715362 FRANCISCA HENRIQUES 14/01/2021 10:38:03

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.