

# 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;">0010867</p>	Data de Emissão: <p style="text-align: center;">08/09/2021</p>	Tipo: <p style="text-align: center;">Ordinário</p>	Anulação Num.:
---	--	---	---	----------------

Número da Ficha: <p style="text-align: center; font-weight: bold;">585</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 2123 - MANTER A MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR 3.3.90.30.01 - MATERIAL DE CONSUMO 214000005 - Transferência de Recursos do SUS para Atenção de Média e Alta Complexidade - Teto 019 - OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>Saldo Anterior:</td> <td style="text-align: right;">7.200,73</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;">7.200,73</td> </tr> <tr> <td>Este Empenho:</td> <td style="text-align: right;">3.549,00</td> </tr> <tr> <td>Saldo da Dotação:</td> <td style="text-align: right;">0,00</td> </tr> </table>	Saldo Anterior:	7.200,73	Suplementação:	0,00	Anulação:	0,00	Soma:	7.200,73	Este Empenho:	3.549,00	Saldo da Dotação:	0,00
Saldo Anterior:	7.200,73												
Suplementação:	0,00												
Anulação:	0,00												
Soma:	7.200,73												
Este Empenho:	3.549,00												
Saldo da Dotação:	0,00												

Credor: 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
-----------------------	-----------------------------	-------------------

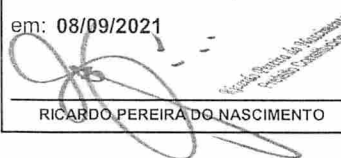

Especificação da Despesa:  
 VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE A AQUISIÇÃO DE MATERIAIS PARA O TESTE DO COVID-19, OS QUAIS FORAM DESTINADOS AO LABORATÓRIO DO HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JOSÉ PEREIRA LIMA, VINCULADO A SECRETARIA DE SAÚDE DESTE MUNICÍPIO. CONFORME DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO.

Tipo de Meta: 7 - OUTRAS	Convênio:	Valor da Despesa: <p style="font-weight: bold;">3.549,00</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\$ 3.549,00 (Três Mil e Quinhentos e Quarenta e Nove Reais)

Ass. Ordenador de Despesas: em: 08/09/2021  RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	Deduzida da Dotação: em: 08/09/2021  Ass.	Liquidação: em: ___/___/___ Ass.	Pague-se em: ___/___/___ Ass.
---	---	--	-------------------------------------

# 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:	1-Ordinário Suplementar 2-Especial 3-Extraordinário 4-Fundo Especial	Número:	0005854	Data de Emissão:	02/06/2021	Tipo:	Ordinário	Anulação Num.:
------------------	---	---------	---------	------------------	------------	-------	-----------	----------------

Número da Ficha:	Unidade Orçamentária:
<b>654</b>	0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Classificação da Despesa:	Saldo Anterior:	40.909,83
10 - SAÚDE	Suplementação:	0,00
302 - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	Anulação:	0,00
2027 - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	Soma:	40.909,83
2891 - MANUTENÇÃO DO HOSPITAL REGIONAL JOSE PEREIRA	Este Empenho:	4.284,00
3.3.90.30.01 - MATERIAL DE CONSUMO	Saldo da Dotação:	36.625,83
220000002 - Transferências de Convênios ou de Contratos de Repasse vinculados à Saúde (Corren		
019 - OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO		

Credor:	Tipo:	CNPJ/CPF:
MEDICAL - MERCANTIL DE APARELHAGEM MEDIC - LTDA	2	10.779.833/0001-56

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

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

**Especificação da Despesa:**  
 VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE A AQUISIÇÃO DE MATERIAIS PARA O TESTE DO COVID-19, OS QUAIS FORAM DESTINADOS AO LABORATÓRIO DO HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JOSÉ PEREIRA LIMA, VINCULADO A SECRETARIA DE SAÚDE DESTE MUNICÍPIO. CONFORME DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO.

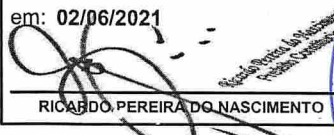
Tipo de Meta:	Convênio:	Valor da Despesa:
9 - DESPESA COVID-19		<b>4.284,00</b>

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\$ 4.284,00 (Quatro Mil e Duzentos e Oitenta e Quatro Reais)

Ass. Ordenador de Despesas:	Deduzida da Dotação:	Liquidação:	Pague-se
em: 02/06/2021	em: 02/06/2021	em: ___/___/___	em: ___/___/___
 RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	Ass.	Ass.	Ass.



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

MEMORANDO GAB Nº 990/2021

Princesa Isabel, 04 de junho de 2021.

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

Senhor Secretário,

Solicito o pagamento da nota fiscal nº 527005 da empresa **MEDICAL MERCANTIL DE APARELHAGEM MEDICA LTDA** no valor de R\$ 4.284,00 (Quatro mil e duzentos e oitenta e quatro reais) referente á aquisição de materiais para teste do COVID 19, no ao Hospital Deputado José Pereira Lima.

Banco do Brasil

AG: 3433-9

C/C: 2532-1

**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	527005		21/05/2021				

**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



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 527005

SÉRIE 1 Página : 1 / 1



CHAVE DE ACESSO

2621 0510 7798 3300 0156 5500 1000 5270 0511 1373 3563

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>Vda Merc.p/ nao Contrib</b>			PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>126210037561875</b>	DATA DE AUTORIZAÇÃO <b>21/05/2021 11:37:39</b>
CNPJ <b>10.779.833/0001-56</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>000503185</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUBS. TRIB. <b>169999793</b>	DATA DE EMISSÃO <b>21/05/2021</b>	DATA SAÍDA / ENTRADA <b>21/05/2021</b>

### DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

### FATURA

Nº FATURA <b>527005</b>	VALOR ORIGINAL <b>R\$ 4.284,00</b>	DESCONTO <b>R\$ 0,00</b>	VALOR LÍQUIDO <b>R\$ 4.284,00</b>	FORMA DE PAGAMENTO <b>Pagamento a prazo</b>
----------------------------	---------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	--

### DUPLICATAS

Nº DUPLICATA <b>001</b>	VENCIMENTO <b>20/06/2021</b>	VALOR <b>R\$ 4.284,00</b>
----------------------------	---------------------------------	------------------------------

### TOTAIS DA NOTA FISCAL

BASE DE CÁLCULO DO ICMS <b>R\$ 4.284,00</b>	VALOR DO ICMS <b>R\$ 514,08</b>	VALOR DO IPI <b>R\$ 0,00</b>	VALOR DO FRETE <b>R\$ 0,00</b>	VALOR DO DESCONTO <b>R\$ 0,00</b>	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL <b>R\$ 4.284,00</b>
BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUTO <b>R\$ 0,00</b>	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO <b>R\$ 0,00</b>	VALOR DO SEGURO <b>R\$ 0,00</b>	VALOR DESPESAS <b>R\$ 0,00</b>	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS <b>R\$ 4.284,00</b>	

### TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL		CNPJ / CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	CÓDIGO ANTT	PLACA VEICULO	UF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	FRETE POR CONTA DO <b>EMITENTE</b>	
QUANTIDADE <b>02 UOL</b>	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	1999520	PCR (LATEX) SEM CONTROLE MANUAL P/160 TESTES REF 40040 - Marca: IN VITRO	30021229	0 00	6108	KIT	16	99,00	1.584,00	0,00	1684,00	190,08	0,00	12,00	0,00
Nº LOTE:		6289/21	QUANTIDADE:		16	DATA DE FABRICAÇÃO:		17/02/2021		DATA DE VALIDADE:		31/01/2023			
2	1992330	TESTE TROPONINA I P/25 TESTES REF 639025-R - Marca: WAMA	30021590	0 00	6108	KIT	15	180,00	2.700,00	0,00	2700,00	324,00	0,00	12,00	0,00
Nº LOTE:		20J014	QUANTIDADE:		15	DATA DE FABRICAÇÃO:		01/04/2020		DATA DE VALIDADE:		30/04/2022			

*Recebido 25/05/2021  
Ana Flávia R. Chaves*

*Atesto que o serviço e/ou produto  
constante nesta Nota Fiscal foram  
entregues e/ou entregues  
Ana Flávia R. Chaves  
CPF nº 030.885.4-15*

### DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES //Ped:7260561/Vend:18614-SONIA MARIA ALM /BCO: 001-Banco do Brasil AG: 3433-9 CC: 2532-1 (18614-0.200) / EC 87/2015 - FECP: 0,00- ICMS UF destino: 257,04 - Total ICMS UF Destino: 257,04.	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

---

**Transferência entre contas diversas**

---

**Debitado**

---

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

**Creditado**

---

Nome	MEDICAL MERCANTIL APARELH
Agência	3433-9
Conta corrente	2532-1
Valor	735,00
Destinação	0
Data	Nesta data

---

Assinada por	JB501283 RICARDO NASCIMENTO	09/06/2021 12:04:38
	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	09/06/2021 12:18:09

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA.

---

---

**Transferência entre contas diversas****Debitado**

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

**Creditado**

Nome MEDICAL MERCANTIL APARELH  
Agência 3433-9  
Conta corrente 2532-1  
Valor 3.549,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA 08/09/2021 12:59:49  
JD715362 FRANCISCA HENRIQUES 08/09/2021 13:19:16

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.