

NOTA DE EMPENHO

Tipo de Crédito: <input type="checkbox"/>	1-Ordinário Suplementar 2-Especial 3-Extraordinário 4-Fundo Especial	Número: 0003189	Data de Emissão: 02/04/2020	Tipo: Ordinário	Anulação Num.:
--	---	---------------------------	--------------------------------	--------------------	----------------

Número da Ficha: 655	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 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	Saldo Anterior: 1.852.017,44 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 1.852.017,44 Este Empenho: 12.000,00 Saldo da Dotação: 1.840.017,44
---	--

Redor: ALLYSON MOURONER MACIEL DINIZ	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: 21.290.768/0001-17
---	--	---------------------------------

Endereço: RUA SEVERINA VERONICA. 17.017	Complemento:
--	--------------

Bairro: CONECÇÃO	Cidade / UF: CAMPINA GRANDE - PB	CEP: 58401-314
---------------------	-------------------------------------	-------------------

Especificação da Despesa: VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA PAGAMENTO REFERENTE A AQUISIÇÃO DE ÁLCOOL GEL 70% E ÁLCOOL LIQUIDO 70% PARA PREVENÇÃO DO COVID - 19, DESTINADOS AO HOSPITAL DEPUTADO JOSÉ PEREIRA LIMA, VINCULADO A SECRETARIA DE SAÚDE DESTE MUNICÍPIO. CONFORME DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO.
--

Tipo de Meta: - OUTRAS	Convênio:	Valor da Despesa: 12.000,00
---------------------------	-----------	---------------------------------------

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

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

Fica empenhada a importância de R\$ 12.000,00 (Doze Mil Reais)

Ass. Ordenador de Despesas: em: 02/04/2020 RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	Dezuidada da Dotação: em: 02/04/2020 Ass.	Liquidação: em: ___/___/___ Ass.	Pague-se em: ___/___/___ Ass.
--	---	--	-------------------------------------

PREFEITURA DE
PRINCESA ISABEL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MEMORANDO GAB Nº 373/2020

Princesa Isabel, 16 de abril de 2020.

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

Senhor Secretário,

Solicito o pagamento da nota fiscal nº 000.000.319 da empresa **ALLYSON MOURONER MACIEL DINIZ** no valor R\$ 12.000,00 (doze mil reais) referente à aquisição de álcool gel 70% e álcool líquido 70%, destinados ao Hospital Deputado José Pereira Lima.

Banco 748

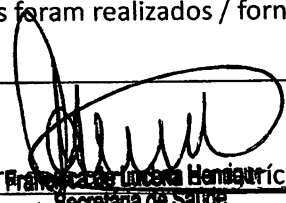
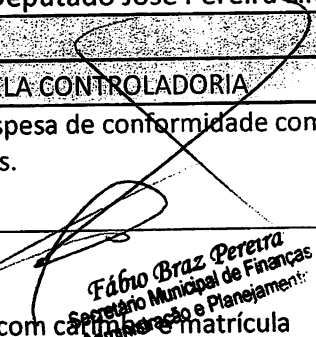
AG: 2202

C/C: 10847-2

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	000.000.319		14/04/2020				

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 Francisca de Sousa Henriques Secretaria de Saúde	 Assinatura com carimbo Fábio Braz Pereira Secretário Municipal de Finanças Administração e Planejamento Número de matrícula

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBENTE	SÉRIE: 1	VALOR TOTAL: 12.000,00
---------------------	---	----------	------------------------

 <p>ALLYSON MOURONER MACIEL DINIZ</p> <p>RUA SEVERINO VERONICA, 17, 017 - CONCEICAO - CAMPINA GRANDE - PB - CEP: 58401314 FONE/FAX: 8330880608 EMAIL: ALLYSON_CC@HOTMAIL.COM;ALLIAN@OUTLOOK.COM.BR;</p>	<p>DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica</p> <p>0 - Entrada 1 1 - Saída</p> <p>Nº 000.000.319 SÉRIE: 1 Página 1 de 1</p>	<p>CONTROLE DO FISCO</p>  <p>CHAVE DE ACESSO 2520 0421 2987 6800 0117 5500 1000 0003 1911 3561 6577</p> <p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora</p>
--	--	--

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE T	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 325200008022219 - 14/04/2020 11:51:08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 162416105	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. CNPJ 21.290.768/0001-17

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF	DATA EMISSÃO
NOME/RAZÃO SOCIAL PREFEITURA PRICESA ISABEL		08.888.968/0001-08	14/04/2020
ENDEREÇO	BAIRRO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
RUA DOUTOR ARROJADO LISBOA S/N	CENTRO	58755000	14/04/2020
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	HORA ENTRADA/SAÍDA
PRINCESA ISABEL		PB	11:47

FATURA	Nº	Vencimento	Valor	Nº	Vencimento	Valor	Nº	Vencimento	Valor

CÁLCULO DO IMPOSTO				
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST	VALOR DOS PRODUTOS
	0,00	0,00	0,00	12.000,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IFI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				12.000,00

TRANSPORTADORA/VOLUMES TRANSPORTADOS		RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
		O MESMO	0 - Remetente (CIF)				
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
				PB			
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO		
550				0,000	0,000		

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO											
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST COSM	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC. ICMS	VLR. ICMS	ALIQ. ICMS
285	ALCOOL EM GEL 70 BB 5 LITROS	10011100	0102	5102	UND	50	120,00	6.000,00			
287	ALCOOL LIQUIDO 70 1 LITRO	01012900	0102	5102	UND	500	12,00	6.000,00			

Atesto que o serviço em questão foi executado e entregue constante nesta Nota Fiscal poran.

Assinatura Carimbo

Cleliano Moura Costa
Coord. Geral de Operações

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Total aproximado de tributos federais, estaduais e municipais: R\$ 0,00 (0,00%) Fonte: IBPT.	



DOC ou TED Eletrônico

Debitado

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

Creditado

Banco 748 BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
Agência (sem DV) 2202 SICREDI CENTRO PARAIBANA
Conta corrente (com DV) 108472
CNPJ 21.290.768/0001-17
Nome favorecido ALLYSON MOURONER MACIEL DINIZ
Finalidade CREDITO EM CONTA
Número documento 41.606
Valor 12.000,00
Data transferência 16/04/2020
"C" - CNPJ diferente
Autenticação SISBB C0F004D3BF09D971

Assinada por JB501283 RICARDO NASCIMENTO 16/04/2020 10:07:47
JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA 16/04/2020 14:18:19

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA.