

# 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;">0006054</p>	Data de Emissão: <p style="text-align: center;">29/05/2020</p>	Tipo: <p style="text-align: center;">Ordinário</p>	Anulação Num.:
---	--	---	---	----------------

Número da Ficha: <p style="text-align: center; font-weight: bold;">740</p>	Unidade Orçamentária: <p style="text-align: center;">0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE</p>
---	---

Classificação da Despesa: 10 - SAÚDE 122 - ADMINISTRAÇÃO GERAL 2048 - ENFRENTAMENTO COVID 19 2162 - ENFRENTAMENTO EMERGÊNCIA SAÚDE COVID 19 3.3.90.30.01 - MATERIAL DE CONSUMO 214000000 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal 019 - OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	Saldo Anterior: 26.936,44 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 26.936,44 Este Empenho: 10.000,00 Saldo da Dotação: 16.936,44
---	---

Credor: FARMACIA DOS MUNICIPIOS	Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> 2	CNPJ/CPF: 24.556.482/0002-00
------------------------------------	--	---------------------------------

Endereço: MANOEL BORBA. 73	Complemento:
-------------------------------	--------------

Bairro: CENTRO	Cidade / UF: AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE	CEP: 56800-000
-------------------	--	-------------------

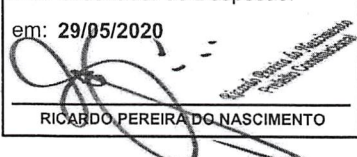
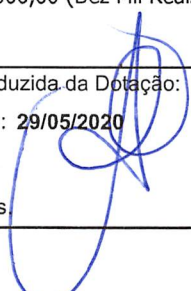
Especificação da Despesa:  
 VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA PAGAMENTO REFERENTE A AQUISIÇÃO DE KIT'S DE MEDICAÇÃO PARA TRATAMENTO AO COVID-19, OS QUAIS FORAM DESTINADOS A ECRETARIA DE SAUDE DESTE MUNICIPIO. CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

Tipo de Meta: 7 - OUTRAS	Convênio:	Valor da Despesa: <p style="text-align: right; font-weight: bold;">10.000,00</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\$ 10.000,00 (Dez Mil Reais)

Ass. Ordenador de Despesas: em: 29/05/2020  RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	Deduzida da Dotação: em: 29/05/2020  Ass.	Liquidação: em: ____/____/____ Ass.	Pague-se em: ____/____/____ Ass.
--	---	---	--



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

MEMORANDO GAB Nº 639/2020

Princesa Isabel, 12 de junho de 2020.

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

Senhor Secretário,

Solicito o pagamento da nota fiscal nº 3691 da empresa **FARMACIA DOS MUNICIPIOS** no valor R\$ 10.000,00 (dez mil reais) referente a compra de Kit de medicação para tratamento ao COVID-19, de acordo com Decreto Legislativo Nº 6, de 2020 do Congresso Nacional; Portaria Nº 1.233, de 29 de abril de 2020 do Ministério do Desenvolvimento Regional; Decreto Municipal Nº 10, de 02 de abril de 2020.

Banco do Brasil

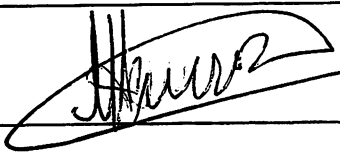
Ag.: 0570-3

C/C.: 14.800-8


**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	3691		12/06/20				

**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

RECEBEMOS DE FARMACIA DOS MUNICIPIOS - FILIAL OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO. EMIÇÃO: 12/06/2020 VALOR TOTAL: 10000 DESTINATÁRIO: FUNDO MUNICIPAL DE PRINCESA IZABEL - RUA CONRADO ROSA, 75, 58755000 - Princesa Isabel - PB		NF-e Nº. 3691 SÉRIE 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

<b>Identificação do Emitente</b> <b>FARMACIA DOS MUNICIPIOS</b> <b>RUA MANOEL BORBA, 73</b> <b>CENTRO</b> <b>Afogados da Ingazeira</b> <b>PE 56800000</b>	<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIA DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA <input type="checkbox"/> 1 1 - SAÍDA <input checked="" type="checkbox"/>		 <b>CHAVE DE ACESSO</b> 2620 0624 5564 8200 0200 5500 1000 0036 9111 4053 3940 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/nortal ou no site da Sefaz Autorizadora <b>PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO</b> 126200040923569 12/06/2020 10:52:00
	Nº 3691 SÉRIE: 1 PÁGINA: 1 / 1		
	<b>NATUREZA DA OPERAÇÃO</b> Nota Fiscal de Referência		
	<b>INSCRIÇÃO ESTADUAL</b> 022408908	<b>INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO</b>	

<b>DESTINATÁRIO / REMETENTE</b>			
<b>NOME / RAZÃO SOCIAL</b> FUNDO MUNICIPAL DE PRINCESA IZABEL		<b>CPF / CNPJ</b> 10473821000107	<b>DATA DA EMISSÃO</b> 12/06/2020
<b>ENDEREÇO</b> RUA CONRADO ROSA, 75		<b>BAIRRO</b> CENTRO	<b>CEP</b> 58755000
<b>MUNICÍPIO</b> Princesa Isabel	<b>FONE / FAX</b> 8334572242	<b>UF</b> PB	<b>INSCRIÇÃO ESTADUAL</b> ISENTO

<b>FATURA / DUPLICATA</b>			

<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>					
<b>BASE DE CÁLCULO DO ICMS</b> 0,00	<b>VALOR DO ICMS</b> 0,00	<b>BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST</b> 0,00	<b>VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO</b> 0,00	<b>VALOR TOTAL PRODUTOS</b> 10000,00	
<b>VALOR DO FRETE</b> 0,00	<b>VALOR DO SEGURO</b> 0,00	<b>DESCONTO</b> 0,00	<b>OUTRAS DESPESAS</b> 0,00	<b>VALOR TOTAL DO IPI</b> 0,00	<b>VALOR TOTAL DA NOTA</b> 10000,00

<b>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</b>						
<b>NOME / RAZÃO SOCIAL</b>		<b>FRETE POR CONTA</b> 9 - Sem Ocorrência de Transporte	<b>CÓDIGO ANT</b>	<b>PLACA VEÍCULO</b>	<b>UF</b>	<b>CNPJ / CPF</b>
<b>ENDEREÇO</b>			<b>MUNICÍPIO</b>	<b>UF</b>	<b>INSCRIÇÃO ESTADUAL</b>	
<b>QUANTIDADE</b> 0	<b>ESPÉCIE</b>	<b>MARCA</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PESO BRUTO</b> 0,00	<b>PESO LÍQUIDO</b> 0,00	

<b>DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS</b>													
Código	Descrição dos produtos / serviços	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QNT	PMC	Val. Unit.	Val. Desc.	Val. Total	B. C. ICMS	Val. ICMS	Aliq. ICMS
32631	U KIT TRATAMENTO COVID	30049059	041	6.949	UND	50	50,00	50,00	0,00	2500,00	0,00	0,00	0,00
32631	U KIT TRATAMENTO COVID	30049059	041	6.949	UND	50	50,00	50,00	0,00	2500,00	0,00	0,00	0,00
32631	U KIT TRATAMENTO COVID	30049059	041	6.949	UND	50	50,00	50,00	0,00	2500,00	0,00	0,00	0,00
32631	U KIT TRATAMENTO COVID	30049059	041	6.949	UND	50	50,00	50,00	0,00	2500,00	0,00	0,00	0,00

*mesmo que o serviço e/ou produto  
constante nesta Nota Fiscal foram  
executados e/ou entregues*  
Assinatura/Carimbo

<b>CÁLCULO DO ISSQN</b>			
<b>INSCRIÇÃO MUNICIPAL</b>	<b>VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS</b>	<b>BASE DE CÁLCULO DO ISSQN</b>	<b>VALOR DO ISSQN</b>

<b>DADOS</b>	
<b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b> Nota fiscal impressa ref. aos documentos: NF-e / NFC-e: 195406, 195408, 195409, 195410	<b>RESERVADO AO FISCO</b>

G332151300795323010  
15/06/2020 13:03:31**Transferência entre contas diversas****Debitado**

Nome	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Agência	867-2
Conta corrente	26290-0

**Creditado**

Nome	F.MUNICIPIOS-FILIAL
Agência	570-3
Conta corrente	14800-8
Valor	10.000,00
Data	Nesta data

Assinada por	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES
	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA

15/06/2020 13:02:21  
15/06/2020 13:03:31

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA.