

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL

08888968000108

ARROJADO LISBOA, S/N CENTRO PRINCESA ISABEL-PB CEP:58755-000

FONE: (83) 3427-2231

DESPESA EXTRA-ORÇAMENTÁRIA

Número: 0114015	Data de Emissão: 14/01/2021	Código: 13 - RESTOS A PAGAR - F.M.S.	
Credor: NNMED DIST IMP E EXP DE MED LTDA		Tipo: 1-Pessoa Física <input checked="" type="checkbox"/> 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento	CNPJ/CPF: 15.218.561/0001-39
Endereço: RUA MAJOR BELMIRO. 200		Complemento:	
Bairro: SÃO JOSE	Cidade / UF: CAMPINA GRANDE - PB		CEP:

Especificação da Despesa: VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA PAGAMENTO REFERENTE A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS, OS QUAIS FORAM PARA O COMBATE AO COVID 19, DESTINADOS A FARMACIA BASICA DESTE MUNICÍPIO, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.	Dados do Resto a Pagar	
	Ano:	2020
	Número do Empenho:	0017825
	Parcela:	1

Retenções:

Valor Bruto:	Total das Deduções:	Valor Líquido:
8.300,00	0,00	8.300,00

Banco: BANCO DO BRASIL S.A.
Conta: Agência: 867-2 C/C: 24686-2 PMPI - CUSTEIO REC SUS
Nº do Cheque: NNMEDDIS

Ass. Ordenador de Despesas: em: 14/01/2021	Liquidação: em: ____/____/____	Pague-se em: ____/____/____	Tesoureiro: em: ____/____/____
Ass.	Ass.	Ass.	Ass.

Recibo

Recebi a importância de R\$ 8.300,00 (Oito Mil e Trezentos Reais), referentes ao pagamento das despesas constantes desta nota extra-orçamentária.

PRINCESA ISABEL/PB, ____ de ____ de ____

NÚMERO DO R.G.

NNMED DIST IMP E EXP DE MED LTDA

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;">0017825</p>	Data de Emissão: <p style="text-align: center;">31/12/2020</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	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>Saldo Anterior:</td> <td style="text-align: right;">11.085,04</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;">11.085,04</td> </tr> <tr> <td>Este Empenho:</td> <td style="text-align: right;">8.300,00</td> </tr> <tr> <td>Saldo da Dotação:</td> <td style="text-align: right;">2.785,04</td> </tr> </table>	Saldo Anterior:	11.085,04	Suplementação:	0,00	Anulação:	0,00	Soma:	11.085,04	Este Empenho:	8.300,00	Saldo da Dotação:	2.785,04
Saldo Anterior:	11.085,04												
Suplementação:	0,00												
Anulação:	0,00												
Soma:	11.085,04												
Este Empenho:	8.300,00												
Saldo da Dotação:	2.785,04												

Credor: NNMED DIST IMP E EXP DE MED LTDA	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: <p style="text-align: center;">15.218.561/0001-39</p>
---	--	--

Endereço: RUA MAJOR BELMIRO. 200	Complemento:
-------------------------------------	--------------

Bairro: SÃO JOSE	Cidade / UF: CAMPINA GRANDE - PB	CEP:
---------------------	-------------------------------------	------

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

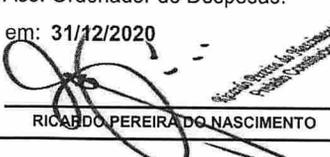
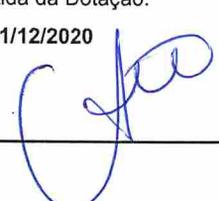
Tipo de Meta: 9 - DESPESA COVID-19	Convênio:	Valor da Despesa: <p style="font-weight: bold; background-color: #cccccc;">8.300,00</p>
---------------------------------------	-----------	--

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\$ 8.300,00 (Oito Mil e Trezentos Reais)

Ass. Ordenador de Despesas: em: 31/12/2020  RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	Deduzida da Dotação: em: 31/12/2020  Ass.	Liquidação: em: ___/___/___ Ass.	Pague-se em: ___/___/___ Ass.
--	---	--	-------------------------------------



PREFEITURA DE
PRINCESA ISABEL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MEMORANDO GAB Nº 13/2021

Princesa Isabel, 12 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 000.045.563 da empresa **NN MED DISTRIBUIÇÃO** no valor R\$ 8.300,00 (Oito mil e trezentos reais) referente á aquisição de medicamentos para o COVID 19 destinados a Farmácia Básica.

Banco do Brasil

AG: 4362-1

C/C: 16480-1

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	000.045.563		16/12/2020				

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



DATA DE EMISSÃO: 16/12/2020
 DATA DE RECEBIMENTO:
 IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR:



Med
DISTRIBUIÇÃO
 NNMED-DIST IMP E EXPORT DE MED LTDA EPP
 R MAJOR BELMIRO, 200
 SAO JOSE - 58400-342
 CAMPINA GRANDE - PB Fone/Fax: (83)3343-7317

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA **1**
 Nº. 000.045.563
 Série 001
 Folha 1 / 1



CHAVE DE ACESSO

2520 1215 2185 6100 0139 5500 1000 0455 6317 4174 1980

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e

www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DE OPERAÇÃO
VENDA COM ST NAO CONTRIBUINTE

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

325200032145103 - 16/12/2020 09:35:03

INSCRIÇÃO ESTADUAL
 161959202

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ

15.218.561/0001-39

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL FUNDO MUNICIPAL DE SAUDO DE PRINCESA ISABEL (196)		CNPJ / CPF 10.473.821/0001-07	DATA DA EMISSÃO 16/12/2020
ENDEREÇO RUA CONRADO ROSAS, 075, A	BAIRRO / DISTRITO CENTRO	CEP 58755-000	DATA SAÍDA / ENTRADA 16/12/2020
MUNICÍPIO PRINCESA ISABEL	UF PB	FONE / FAX (83)3457-2242	INSCRIÇÃO ESTADUAL
FATURA / DUPLICATA			HORA DA SAÍDA 09:32:06

Num. 001
 Venc. 15/01/2021
 valor R\$ 8.300,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR IMP. IMPORTAÇÃO	VALOR DO PIS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8.300,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR DA COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8.300,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL EMITENTE	FRETE POR CONTA (0) Emitente	CODIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	CNPJ / CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE 9	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NUMERAÇÃO 2	PESO BRUTO 1,000
			PESO LÍQUIDO 1,000	

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	O/CST	CFOP	UNID.	OUANT	VL.R 1 UNIT	DESC.	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ. ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. IPI
94071	AZITROMICINA 500MG CP AZITROPHAR Lote: 20005539 Fab: 09/10/2020 Val: 31/10/2022 Lista (+) vBCST: 0,00 vICMSST: 0,00 eEAN: 7898216364831	30042029	060	5405	UN	3.000	1,6000	0,00%	4.800,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
94993	IVERMECTINA 6MG CX4 COMP VITAMEDIC Lote: 055374 Fab: 27/06/2020 Val: 27/06/2022 Lista (+) vBCST: 0,00 vICMSST: 0,00 eEAN: 7898049793310	30049059	060	5405	CX	500	7,0000	0,00%	3.500,00	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

Yam P.L. de S. Pereira
 CPF: 064.287.844-38

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 Info. Contribuinte: FANTASIA DESTINATARIO: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDO DE PRINCESA ISABEL
 COMPRA DIRETA
 ICMS PARA EFEITO DE CREDITO DO ADQUIRENTE. BASE DE CALCULO: 8300 ICMS: 1494
 CONTAS PARA DEPOSITO BANCO DO BRASIL S/A - AGENCIA 4361-3 CONTA: 16480-1
 BRADESCO - AGENCIA: 00493 CONTA : 0014930-6
 RESSARC. ENCARGOS. BASE: 0 VALOR: 0 Vlr. aprox. trib. - Lei 12.741/2012 e Decreto 8.264/2014: Municipal - R\$ 0,00 Estadual - R\$ 0,00 Federal - R\$ 0,00 Fonte: IBPT
 REPRES.: 4 OPERAD.: 25 AG. COB: BANCO DO BRASIL Rota: SERTAO
 PED.VENDA: 45585

RESERVADO AO FISCO



Transferência entre contas diversas**Debitado**

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

Creditado

Nome	NNMED - DISTRIBUICAO IMPO
Agência	4361-3
Conta corrente	16480-1
Valor	8.300,00
Destinação	0
Data	Nesta data

Assinada por	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	14/01/2021 10:35:06
	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	14/01/2021 10:38:03

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.