

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;">0006073</p>	Data de Emissão: <p style="text-align: center;">04/06/2021</p>	Tipo: <p style="text-align: center;">Ordinário</p>	Anulação Num.:
---	--	---	---	----------------

Número da Ficha: <p style="text-align: center; font-weight: bold;">696</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 211000000 - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Saúde 019 - OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	Saldo Anterior: 100.000,00 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 100.000,00 Este Empenho: 2.350,00 Saldo da Dotação: 97.650,00
--	--

Credor: DIGFARMA COM E SERV DE PROD HOSP E LAB 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: 11.426.166/0001-90
--	--	---------------------------------

Endereço: DOM PEDRO 2º. 2641	Complemento:
---------------------------------	--------------

Bairro: TORRE	Cidade / UF: JOAO PESSOA - PB	CEP: 58040-440
------------------	----------------------------------	-------------------

Especificação da Despesa:
 VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE A AQUISIÇÃO DE HBAIC HEMOGLOBINA GLICADA C/24 TEST PARA EXAME DO LABORATÓRIO DO HOSPITAL JOSÉ PEREIRA LIMA, JUNTO A SECRETARIA DE SAÚDE DESTE MUNICÍPIO, CONFORME DISPENSA Nº022/2021 E DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO.

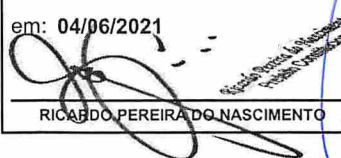
Tipo de Meta: 9 - DESPESA COVID-19	Convênio:	Valor da Despesa: <p style="font-weight: bold; background-color: #cccccc;">2.350,00</p>
---------------------------------------	-----------	--

DADOS DA LICITAÇÃO:	
Licitação: 00022/2021	Modalidade: 7-Dispensa por Outros Motivos

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\$ 2.350,00 (Dois Mil e Trezentos e Cinquenta Reais)

Ass. Ordenador de Despesas: em: 04/06/2021  RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	Deduzida da Dotação: em: 04/06/2021 Ass.	Liquidação: em: ___/___/___ Ass.	Pague-se em: ___/___/___ Ass.
--	--	--	-------------------------------------



PREFEITURA DE
PRINCESA ISABEL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MEMORANDO GAB Nº 941/2021

Princesa Isabel, 24 de maio de 2021.

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

PAGO COM COVID

Senhor Secretário,

Solicito o pagamento da nota fiscal nº 000052673 da empresa **DIAGFARMA COM E SERV DE P ROD HOSP E LAB LTDA** no valor de R\$ 2.350,00 (Dois mil e trezentos e cinquenta reais) referente à aquisição de hemoglobina glicada para exame do laboratório do Hospital José Pereira Lima.

Banco do Brasil
AG: 0011-6
C/C: 32.188-5

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	000052673		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.
 Camila Ferreira Melo de Abrantes Comandante de Posto de Atenção à Saúde Assinatura com carimbo e matrícula	PAGO COM COVID Assinatura com carimbo e matrícula

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

N. 000052673
SÉRIE 1

 <p>Identificação do emitente DIAGFARMA COM E SERV DE P ROD HOSP E LAB LTDA</p> <p>AV DOM PEDRO II, 2641 TORRE Cep:58040-440 JOAO PESSOA/PB Fone: 558341413679</p>	<p>DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1-SAÍDA</p> <p>N. 000052673 SÉRIE 1 FOLHA 01/01</p>	
		<p>CHAVE DE ACESSO DA NF-E 2521 0511 4261 6600 0190 5500 1000 0526 7314 6066 1769</p> <p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autorizada</p>

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 325210013901306 21/05/2021 13:16:27-03:00
---	--

INSCRIÇÃO ESTADUAL 161646476	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ/CPF 11.426.166/0001-90
---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF		DATA DE EMISSÃO	
NOME/RAZÃO SOCIAL FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICIPIO DE PRINCESA ISABEL		10.473.821/0001-07		21/05/2021	
ENDEREÇO RUA PEDRO SOBREIRA, SN		BAIRRO/DISTRITO centro	CEP 58755-000	DATA ENTRADA/SAÍDA 21/05/2021	
MUNICIPIO PRINCESA ISABEL	FONE/FAX 8334572242	UF PB	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA ENTRADA/SAÍDA 13:16:00	

FATURA	001	19/06/2021	2.350,00
--------	-----	------------	----------

CALCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CALCULO DO ICMS 2.350,00	VALOR DO ICMS 423,00	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 2.350,00	
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 2.350,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS						
RAZÃO SOCIAL JR TRANSPORTADORA E LOGISTICA LTDA		FRETE POR CONTA 0-EMITENTE	CÓDIGO ANT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 11.507.592/0001-59
ENDEREÇO RUA ARQUITETO RENATO AZEVEDO, 135		MUNICIPIO CAMPINA GRANDE	UF PB	INSCRIÇÃO ESTADUAL 161690254		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO	

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO													
COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
003.0024	HBA1C HEMOGLOBINA GLICADA C/24 TEST ES - Lote:10210847 Validade: 14/08/ 2021	38220090	600	5102	KT	10,00	235,00000	2.350,00	2.350,00	423,0000	0,00	18,00%	0,00%
								00					

073.205.214-28

Assinatura

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

Assinatura/Carimbo

CALCULO DO ISSQN			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
<p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>BANCO DO BRASIL - AG 0011-6 - C/C 32188-5</p> <p>Protocolo: 325210013901306</p>	

G336041221978480015
04/06/2021 12:27:34

Transferência entre contas diversas**Debitado**

Nome PB 251230 FMS CUSTEIO SUS
867-2
24666-2

Creditado

Nome DIAGFARMA COM E SERV DE P
Agência 11-6
Conta corrente 32188-5
Valor 2.350,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por JD715362 FRANCISCA HENRIQUES 04/06/2021 12:21:43
JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA 04/06/2021 12:27:34

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA.