

# 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;">0004862</p>	Data de Emissão: <p style="text-align: center;">17/05/2021</p>	Tipo: <p style="text-align: center;">Ordinário</p>	Anulação Num.:
---	--	---	---	----------------

Número da Ficha: <p style="text-align: center; font-weight: bold;">702</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 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;">974.207,00</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;">974.207,00</td> </tr> <tr> <td>Este Empenho:</td> <td style="text-align: right;">4.306,20</td> </tr> <tr> <td>Saldo da Dotação:</td> <td style="text-align: right;">969.900,80</td> </tr> </table>	Saldo Anterior:	974.207,00	Suplementação:	0,00	Anulação:	0,00	Soma:	974.207,00	Este Empenho:	4.306,20	Saldo da Dotação:	969.900,80
Saldo Anterior:	974.207,00												
Suplementação:	0,00												
Anulação:	0,00												
Soma:	974.207,00												
Este Empenho:	4.306,20												
Saldo da Dotação:	969.900,80												

Credor: SAUDE DENTAL COMERCIO E REPRESENTAÇÃO 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: 24.280.828/0001-09
---	--	---------------------------------

Endereço: AV. EPITACIO PESSOA, 1250 - ED. CONCORDE	Complemento: LJS 09,10,11
---	------------------------------

Bairro: TORRE	Cidade / UF: JOAO PESSOA - PB	CEP: 58040-904
------------------	----------------------------------	-------------------

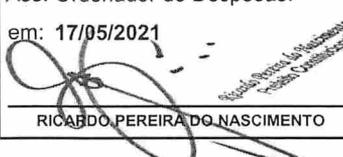
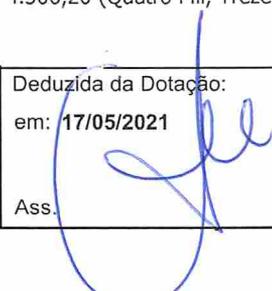
Especificação da Despesa:  
 VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE A AQUISIÇÃO DE ALTA ROTAÇÃO NÃO ÓTICO E FOTOPOLIMERIZADOR BLUESTAR AZUL, DESTINADOS PARA AO COMBATE AO COVID -19 JUNTO A SECRETARIA DE SAÚDE DESTE MUNICÍPIO. CONFORME DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO.

Tipo de Meta: 9 - DESPESA COVID-19	Convênio:	Valor da Despesa: <p style="font-weight: bold; background-color: #cccccc;">4.306,20</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\$ 4.306,20 (Quatro Mil, Trezentos e Seis Reais e Vinte Centavos)

Ass. Ordenador de Despesas: em: 17/05/2021  RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	Deduzida da Dotação: em: 17/05/2021  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

## GUIA DE DESPESA ORÇAMENTÁRIA

R\$

4.306,20

PAGUE-SE POR ESTE  
CHEQUE A QUANTIA DE (QUATRO MIL, TREZENTOS E SEIS REAIS E VINTE CENTAVOS)

A SAUDE DENTAL COMERCIO E REPRESENTAÇÃO LTDA OU À SUA ORDEM

PRINCESA ISABEL/PB, 14 de JULHO de 2021

Banco: 001-Banco do Brasil S.A.	Agência: 867-2	Operação: 1	Conta Nº: 24666-2	Nº do Documento SAUDEDEN
Credor: SAUDE DENTAL COMERCIO E REPRESENTAÇÃO LTDA			CNPJ/CPF: 24.280.828/0001-09	
Endereço: AV. EPITACIO PESSOA, 1250 - ED. CONCORDE		Complemento: LJS 09,10,11		
Bairro: TORRE	Cidade / UF: JOAO PESSOA - PB		CEP: 58040-904	

Classificação da Despesa: 2 PREFEITURA MUNICIPAL 08.00 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE 10 SAÚDE 305 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 2048 ENFRENTAMENTO EMERGENCIA COVID 19 2162 ENFRENTAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19 3.3.90.30.01 MATERIAL DE CONSUMO 14 019 OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	Número Empenho: <b>0004862</b>
	Data de Empenho: 17/05/2021
	Número do Pagamento: <b>1</b>
	Data do Pagamento: 14/07/2021

Retenções:
------------

Valor Bruto: <b>4.306,20</b>	Total das Deduções: <b>0,00</b>	Valor Líquido: <b>4.306,20</b>
---------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

### Recibo

Recebi a importância de R\$ 4.306,20 (Quatro Mil, Trezentos e Seis Reais e Vinte Centavos), referentes ao pagamento desta guia.

PRINCESA ISABEL/PB, 14 de JULHO de 2021

NÚMERO DO R.G.

SAUDE DENTAL COMERCIO E REPRESENTAÇÃO LTDA



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

MEMORANDO GAB Nº 631/2021

Princesa Isabel, 20 de abril de 2021.

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

Senhor Secretário,

Solicito o pagamento da nota fiscal nº 050971 da empresa **SAUDE DENTAL COMERCIO E REPRESENTAÇÃO LTDA** no valor de R\$ 4.306,20 (Quatro mil e trezentos e seis reais e vinte centavos) referente á aquisição de alta rotação n/ótico e fotopolimerizador bluestar azul destinados para o combate do COVID 19.

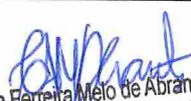
Banco do Brasil  
AG: 0011-6  
C/C: 224573-6

PAGO COM COVID

**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	050971		13/04/2021				

**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 Diretora da Rede de Atenção à Saúde Assinatura com carimbo e matrícula	Assinatura com carimbo e matrícula

**SAUDE DENTAL COMERCIO E REPRESENTACAO LTDA**

AV EPITACIO PESSOA 1250 ED.CONCORDE LJ 09 A 13  
 TORRE - CEP: 58040-000  
 JOÃO PESSOA/PB  
 83 3133-3000  
 saudental@saudental.com.br

**DANFE**

Documento Auxiliar da  
 Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA   
 1 - SAÍDA

Nº 050971 - FL 1/1  
 SÉRIE: 1

**CONTROLE DO FISCO**

Chave de Acesso  
**2521 0424 2808 2800 0109 5500 1000 0509 7115 1800 5129**

Natureza da Operação  
 5.102 - Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiro

Chave de acesso da NF-e para consulta de autenticidade no site  
 www.nfe.fazenda.gov.br

Inscrição Estadual 16.083.700-6  
 Inscrição Estadual Subst.Tributário  
 CNPJ 24.280.828/0001-09

Protocolo de Autorização de Uso  
 325210009880180 - 13/04/2021 09:28:27

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

Nome / Razão Social <b>FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE PRINCESA ISABEL</b>		CNPJ / CPF 10.473.821/0001-07	Data da Emissão 13/04/2021
Endereço <b>R. PEDRO SOBREIRA DURTE S/N</b>		Bairro / Distrito <b>CENTRO</b>	CEP 58755-000
Município <b>PRINCESA ISABEL</b>	Fone / Fax 83 9 9973 8332	UF <b>PB</b>	Inscrição Estadual
			Hora da Saída 08:14:06

FATURA  
 DUPLICATA EM  
 CA

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

Base de Cálculo do ICMS R\$ 4.306,20	Valor do ICMS R\$ 775,12	Base de Cálculo do ICMS ST R\$ 0,00	Valor do ICMS ST R\$ 0,00	Valor Total dos Produtos R\$ 4.306,20
Valor do Frete R\$ 0,00	Valor do Seguro R\$ 0,00	Desconto R\$ 0,00	Outras Despesas Acessórias R\$ 0,00	Valor do IPI R\$ 0,00
				Valor Total da Nota R\$ 4.306,20

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

Nome / Razão Social	Frete por conta 0 - Emitente 1 - Destinatário <input type="checkbox"/>	Código ANTT	Placa do Veículo	UF	CNPJ / CPF
Endereço	Município			UF	Inscrição Estadual
Quantidade	Espécie	Marca	Número	Peso Bruto	Peso Líquido

**DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO**

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	NCM	CST	CFOP	UNID	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BASE CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ ICMS	ALI IPI
28650	ALTA ROTACAO N/OPTICO - PAP-MU B2 - (P1023)	90184100	000	5.102	PC	1	1.246,20	1.246,20	1.246,20	224,32	0,00	18	0
32313	FOTOPOLIMERIZADOR BLUESTAR AZUL	90184999	000	5.102	UN	2	1.530,00	3.060,00	3.060,00	550,80	0,00	18	0

*Camila Ferreira Melo de Abrante*  
 Coordenadora de Saúde Bucal  
 Matrícula: 19329  
 Atesto que o serviço e/ou produto  
 constante nesta Nota Fiscal foram  
 executados e/ou entregues

Assinatura/Carimbo

**DADOS ADICIONAIS**

Informações Complementares banco d obrasil conta 224573-6 ag : 0011-6 /- Fantasia: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE PRINCESA ISABEL -/**(Val Aprox Tributos: R\$ 1.533,01 (35,60%) (S/NCM:0) Fonte: IBPT)**	Reservado ao Fisco
--	--------------------

www.olimpustecnologia.com.br - Sistemas Corporativos

Recebemos de SAUDE DENTAL COMERCIO E REPRESENTACAO LTDA os produtos da Nota Fiscal indicado acima.  
 Emissão: 13/04/2021 Destinatário: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE PRINCESA ISABEL Valor Total: 4.306,20

Data de Recebimento Identificação e Assinatura do Recebedor

**NF-e**  
 Nº 050971 - FL 1/1  
 SÉRIE: 1



---

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

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

**Creditado**

Nome SAUDE DENTAL COM.REP.LTDA  
Agência 11-6  
Conta corrente 224573-6  
Valor 4.306,20  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	14/07/2021 12:09:39
	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	14/07/2021 12:39:05

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.