

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;">0010948</p>	Data de Emissão: <p style="text-align: center;">08/09/2021</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 SAUDE - 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;">871.839,13</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;">871.839,13</td> </tr> <tr> <td>Este Empenho:</td> <td style="text-align: right;">1.960,00</td> </tr> <tr> <td>Saldo da Dotação:</td> <td style="text-align: right;">869.879,13</td> </tr> </table>	Saldo Anterior:	871.839,13	Suplementação:	0,00	Anulação:	0,00	Soma:	871.839,13	Este Empenho:	1.960,00	Saldo da Dotação:	869.879,13
Saldo Anterior:	871.839,13												
Suplementação:	0,00												
Anulação:	0,00												
Soma:	871.839,13												
Este Empenho:	1.960,00												
Saldo da Dotação:	869.879,13												

Credor: MEDICAL - MERCANTIL DE APARELHAGEM MEDIC - 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;">10.779.833/0001-56</p>
Endereço: AV.GOV.AGAMENON MAGALHAES,3158	Complemento: TERREO, 1o. 2o E 3o	
Bairro: ESPINHEIRO	Cidade / UF: RECIFE - PE	CEP: 52010-040

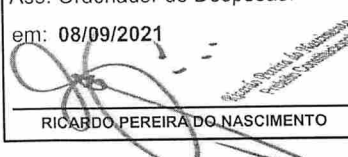
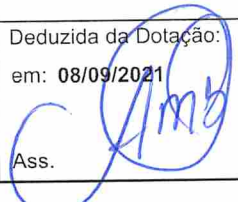
Especificação da Despesa:
 VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE A AQUISIÇÃO DE MATERIAIS PARA O TESTE DO COVID-19, PCR (LATEX) SEM CONTROLE MANUAL P/160 TESTES, OS QUAIS FORAM DESTINADOS AO HOSPITAL DEPUTADO JOSÉ PEREIRA LIMA VINCULADO A SECRETARIA DE SAÚDE DESTE MUNICÍPIO. CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

Tipo de Meta: 9 - DESPESA COVID-19	Convênio:	Valor da Despesa: <p style="font-weight: bold;">1.960,00</p>
---------------------------------------	-----------	---

DADOS DA LICITAÇÃO:	
Licitação:	Modalidade: 9-Sem Licitação
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\$ 1.960,00 (Um Mil e Novecentos e Sessenta Reais)

Ass. Ordenador de Despesas: em: 08/09/2021  RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	Deduzida da Dotação: em: 08/09/2021  Ass.	Liquidação: em: ____/____/____ Ass.	Pague-se em: ____/____/____ Ass.
--	---	---	--



PREFEITURA DE
PRINCESA ISABEL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MEMORANDO GAB Nº 1032/2021

Princesa Isabel, 09 de junho de 2021.

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

Senhor Secretário,

Solicito o pagamento da nota fiscal nº 527981 da empresa **MEDICAL MERCANTIL DE APARELHAGEM MEDICA LTDA** no valor de R\$ 1.960,00 (Hum mil e novecentos e sessenta reais) referente á aquisição de materiais para teste do COVID 19 no Hospital Deputado José Pereira Lima.

Banco do Brasil

AG: 3433-9

C/C: 2532-1

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	527981		04/06/2021				

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.
Assinatura com carimbo e matrícula	Assinatura com carimbo e matrícula



Medical Mercantil de Aparelhagem Medica Ltda

Av. Agamenon Magalhaes, 3158, Espinheiro, RECIFE - PE

CEP: 52.010-040 Telefone: (81) 3216-6161

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº 527981

SÉRIE 1 Página : 1 / 1



CHAVE DE ACESSO

2621 0610 7798 3300 0156 5500 1000 5279 8111 1162 7833

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Vda Merc.p/ nao Contrib

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

126210041389628

DATA DE AUTORIZAÇÃO

04/06/2021 11:16:34

CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUBS. TRIB.
10.779.833/0001-56	000503185	169999793

DATA DE EMISSÃO

04/06/2021

DATA SAÍDA / ENTRADA

04/06/2021

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICIPIO DE PRINCESA ISABEL

CNPJ / CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	ENDEREÇO
10.473.821/0001-07		RUA CONRADO ROSAS, 75
FONE / FAX	CEP	BAIRRO
(83) 9699-0990	58.755-000	CENTRO
		MUNICÍPIO
		PRINCESA ISABEL
		UF
		PB

FATURA

Nº FATURA	VALOR ORIGINAL	DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	FORMA DE PAGAMENTO
527981	R\$ 1.960,00	R\$ 0,00	R\$ 1.960,00	Pagamento a prazo

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENCIMENTO	VALOR
001	04/07/2021	R\$ 1.960,00

TOTAIS DA NOTA FISCAL

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO IPI	VALOR DO FRETE	VALOR DO DESCONTO	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL
R\$ 1.960,00	R\$ 235,20	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	
BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR DO SEGURO	VALOR DESPESAS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	R\$ 1.960,00
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 1.960,00	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	FRETE POR CONTA DO EMITENTE		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	NUMERAÇÃO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

Nº	CÓDIGO DO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	NCM	CST	CFOP	UNID	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR DESCONTO	BASE CALC. ICMS	ICMS	IPI	ALÍQUOTAS	
														ICMS	IPI
1	1999520	PCR (LATEX) SEM CONTROLE MANUAL P/160 TESTES REF 40040 - Marca: IN VITRO	30021229	0 00	6108	KIT	20	98,00	1.960,00	0,00	1960,00	235,20	0,00	12,00	0,00
Nº LOTE:		6289/21	QUANTIDADE:		20	DATA DE FABRICAÇÃO:		17/02/2021		DATA DE VALIDADE:		31/01/2023			

ENTREGUE

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
//Ped:7270018/Vend:18614-SONIA MARIA ALM /BCO: 001-Banco do Brasil AG: 3433-9 CC: 2532-1/(18614-0.200) / EC 87/2015 - FECFP: 0,00- ICMS UF destino: 117,60 - Total ICMS UF Destino: 117,60.	

Transferência entre contas diversas

Debitado

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

Creditado

Nome MEDICAL MERCANTIL APARELH
Agência 3433-9
Conta corrente 2532-1
Valor 1.960,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA 08/09/2021 13:00:15
JD715362 FRANCISCA HENRIQUES 08/09/2021 13:19:16

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.