

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;">0003385</p>	Data de Emissão: <p style="text-align: center;">06/04/2020</p>	Tipo: <p style="text-align: center;">Ordinário</p>	Anulação Num.:
---	--	---	---	----------------

Número da Ficha: <p style="text-align: center;">586</p>	Unidade Orçamentária: <p style="text-align: center;">0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE</p>
---	---

Classificação da Despesa: 10 - SAÚDE 302 - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL 2027 - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR 2123 - MANTER A MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR 3.3.90.30.01 - MATERIAL DE CONSUMO 019 - OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>Saldo Anterior:</td> <td style="text-align: right;">36.696,05</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;">36.696,05</td> </tr> <tr> <td>Este Empenho:</td> <td style="text-align: right;">16.690,00</td> </tr> <tr> <td>Saldo da Dotação:</td> <td style="text-align: right;">20.006,05</td> </tr> </table>	Saldo Anterior:	36.696,05	Suplementação:	0,00	Anulação:	0,00	Soma:	36.696,05	Este Empenho:	16.690,00	Saldo da Dotação:	20.006,05
Saldo Anterior:	36.696,05												
Suplementação:	0,00												
Anulação:	0,00												
Soma:	36.696,05												
Este Empenho:	16.690,00												
Saldo da Dotação:	20.006,05												

Credor: JOAO ALEXANDRO GONCALVES ME	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: 11.869.985/0001-02
--	--	---------------------------------

Endereço: R CONSELHEIRO MANOEL RODRIGUES ALVES. 53	Complemento:
---	--------------

Bairro: NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	Cidade / UF: GRAVATA - PE	CEP: 55641-784
-------------------------------------	------------------------------	-------------------

Especificação da Despesa:
 VALOR QUE SE EMPENHA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE A AQUISIÇÃO DE DIVERSOS MATERIAS MÉDICO - HOSPITALAR, OS QUAIS FORAM DESTINADOS AO HOSPITAL DEPUTADO JOSÉ PEREIRA LIMA, QUE SERÃO UTILIZADOS EM ATENDIMENTO AOS PACIENTES SUSPEITOS DO COVID-19 JUNTO A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PRINCESA ISABEL - PB, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

Tipo de Meta: 7 - OUTRAS	Convênio:	Valor da Despesa: <p style="font-size: 1.2em;">16.690,00</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:

Recebi(emos) a importância de R\$ 16.690,00 (Dezesseis Mil e Seiscentos e Noventa Reais), correspondente ao crédito discriminado nesta nota de empenho e/ou ordem de pagamento.

Ass. Ordenador de Despesas: em: 06/04/2020	Deduzida da Dotação: em: 06/04/2020	Liquidação: em: ____/____/____	Pague-se em: ____/____/____
Ass.	Ass.	Ass.	Ass.



PREFEITURA DE
PRINCESA ISABEL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Não está na planilha

MEMORANDO GAB Nº 331/2020

Princesa Isabel 03 de abril de 2020.

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

Senhor Secretário,

Solicito o pagamento da nota fiscal nº 4151 da empresa **HOSP. MÓVEIS** no valor de R\$ 16.690,00 (Dezesseis mil e seiscentos e noventa reais) referente a aquisição de materiais médico - hospitalar que serão utilizados em área restrita ao atendimento a pacientes suspeitos do Covid-19 no Hospital Regional Deputado José Pereira Lima.

Documentação da despesa (nota fiscal, contrato ou ordem de fornecimento e/ou serviços) para prévio empenho.

DOCUMENTO FISCAL		Processo Administrativo		PROCESSO LICITATORIO / compras e serviços			
Tipo	Número	Número	Data	Modalidade	Número	Prot.TCE	Vigência
NF-e	4151		01/04/2020				

CADASTRO DE OBRAS TCE:

DESTINAÇÃO DOS RECURSOS	
Unidade Orçamentária	Ação de Governo
Secretaria Municipal de Saúde	Hospital Regional Dep. José Pereira Lima
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.
 Francisca de Lucena Henriques Secretaria de Saúde Assinatura com carimbo e matrícula	 Assinatura com carimbo e matrícula

RECEBEMOS DE JOAO ALEXANDRO GONCALVES ME OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA ABAIXO. EMISSÃO 01/04/2020. VALOR TOTAL R\$: 16690,00.
DESTINATÁRIO: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICIPIO DE PRINCESA ISABEL, RUA CONRADO ROSAS TERREO 1 ANDAR A, 75, CENTRO, Princesa Isabel - PB

NF-e
Nº 4151
SÉRIE 1

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR



JOAO ALEXANDRO GONCALVES ME
R CONSELHEIRO MANOEL RODRIGUES ALVES, 53, NOSSA SENHORA DAS
GRACAS, Gravata - PE
CEP : 55.641-784 Telefone: (81) 3155-2328

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº 4151

SÉRIE 1 Página : 1 / 1



CHAVE DE ACESSO

2620 0411 8699 8500 0102 5500 1000 0041 5111 7493

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda fora estado

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

126200025445487

DATA DE AUTORIZAÇÃO

01/04/2020 17:50:01

CNPJ

11.869.985/0001-02

INSCRIÇÃO ESTADUAL

039721949

INSCRIÇÃO ESTADUAL SUBS. TRIB.

DATA DE EMISSÃO

01/04/2020

DATA SAÍDA / ENTRADA

01/04/2020

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICIPIO DE PRINCESA ISABEL

CNPJ / CPF

10.473.821/0001-07

INSCRIÇÃO ESTADUAL

58.755-000

ENDEREÇO

RUA CONRADO ROSAS TERREO 1 ANDAR A, 75

FONE / FAX

(83) 9658-5005

CEP

58.755-000

BAIRRO

CENTRO

MUNICÍPIO

Princesa Isabel

FATURA

Nº FATURA

4151

VALOR ORIGINAL

R\$16.690,00

DESCONTO

R\$0,00

VALOR LÍQUIDO

R\$16.690,00

FORMA DE PAGAMENTO

Pagamento a prazo

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA

001

VENCIMENTO

02/04/2020

VALOR

R\$16.690,00

TOTAIS DA NOTA FISCAL

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

R\$0,00

VALOR DO ICMS

R\$0,00

VALOR DO IPI

R\$0,00

VALOR DO FRETE

R\$0,00

VALOR DO DESCONTO

R\$0,00

VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL

R\$16.690,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUTO

R\$0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUTO

R\$0,00

VALOR DO SEGURO

R\$0,00

VALOR DESPESAS

R\$0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

R\$16.690,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

CNPJ / CPF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

CÓDIGO ANTT

PLACA VEÍCULO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

FRETE POR CONTA DO
DESTINATÁRIO

QUANTIDADE

33

ESPÉCIE

VOLUMES

MARCA

PESO BRUTO

690

PESO LÍQUIDO

680

NUMERAÇÃO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

Nº	CÓDIGO DO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	NCM	CSOSN	CFOP	UNID	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR DESCONTO	BASE CALC. ICMS	ICMS	IPI	ALIC. ICMS
1	77	CAMA FALWLER COM 02 MANIVELAS COM RODIZIOS - Marca: Hospmoveis	94029090	0 102	6101	UND	10	1270,00	12.700,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
2	163	GRADE PARA CAMA - Marca: Hospmoveis	94029090	0 102	6101	PAR	10	210,00	2.100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
3	235	MESA SEMI-CIRCULAR PINTADA - Marca: Hospmoveis	94029090	0 102	6101	UND	1	640,00	640,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
4	11	SUPORTE FIXO COM 02 MT ESMALTADO - Marca: Hospmoveis	94029090	0 102	6101	UND	10	75,00	750,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
5	40	CARRO PARA TRANSPORTE DE CILINDRO - Marca: Hospmoveis	94029090	0 102	6101	UND	2	250,00	500,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0

Atesto que o serviço foi produzido
constantemente para fins fiscais e foram
excluídos os embargos
Assinatura: Camillo

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

//Ped:887/Vend:1003-VENDAS 01 /Resp.Transporte: Cliente / DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.

RESERVADO AO FISCO



Consultas - Emissão de comprovantes

G332281040296730015
28/05/2020 10:46:49

06/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 11:49:00
086700867 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: PB 251230 FMS CUSTEIO SUS
AGENCIA: 0867-2 CONTA: 24.666-2

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	06/04/2020
NR. DOCUMENTO	550.922.000.033.629
VALOR TOTAL	16.690,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO A GONCALVES ME
AGENCIA: 0922-9 CONTA: 33.629-7
NR. DOCUMENTO 550.867.000.024.666

=====

NR. AUTENTICACAO	B.40C.11E.421.907.180
------------------	-----------------------

Transação efetuada com sucesso por: JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA.