



# PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

CNPJ: 76.017.466/0001-61 CEP: 83.260-000  
 End.: Rua Pastor Elias Abrahão, 22 Fone: 3971-6046  
 Fax: 3971-6046 E-mail: financas@matinhos.pr.gov.br

## NOTA DE EMPENHO

Nº do Empenho/Tipo  
 009146/16 Ordinário Orcamentario

ÓRGÃO 12-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
 DOT. 10.302.0113.2.055.3390.30.09.00 MATERIAL FARMACOLOGICO Nº CONTA 3558

CREDOR 7470-CENTERMEDI COM. DE PROD.HOSPITALARES LTDA CPF/CNPJ 03.652.030/0001-70  
 ENDEREÇO Rodovia BR 480 795 Centro FONE Barao de CotegipRS CIDADE

LICITAÇÃO Registro de Preço NÚMERO 42 SOLICITAÇÃO 4184/2016 PROC. COMPRA 86 EMISSÃO 29.11.16 29.11.16

|              |                |                  |             |
|--------------|----------------|------------------|-------------|
| VALOR ORÇADO | SALDO ANTERIOR | VALOR DO EMPENHO | SALDO ATUAL |
| 400.000,00   | 123.196,35     | 650,00           | 122.546,35  |

| ITEM | QUANT. | UNID. | ESPECIFICAÇÃO   | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|------|--------|-------|---|----------------|-------------|
| 1    | 1000   | AM    | Cloridrato de ranitidina 50mg/ml ampola injetavel.          | 0,44           | 440,00      |
| 1    | 150    | AM    | Dimenidrato B6 2ml IM ampola injetavel.<br>SEC.MUN.DE SAUDE | 1,40           | 210,00      |

NF. 116884 R\$ 210,00  
 NF. 118282 R\$ 440,00

CONTRATO 2016 REDUZIDA 03565  
 FONTE DE RECURSO 369-SERVICO PRESTADO SUS/FATURAMENTO AIH TOTAL LÍQUIDO 650,00

|   |   |
|---|---|
| CONFERENTE<br><br>IVO MENDES JÚNIOR<br>CRC/PR 047.434/O-2                                       | ORDENADOR DA DESPESA<br><br>Prefeito Municipal<br>Eduardo Antonio Dalmora |
| TESOURARIA<br>DATA DE PAGTO 09/02/17<br>CHEQUE Nº 034 NF 118282<br>BANCO 3970<br><br>TESOUREIRO | EMITIDO 29/11/16<br>LIQUIDAÇÃO 1/1<br><br>EMITENTE                        |

RECIBO  
 DECLARO(AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS QUE RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA GUIA DE PAGAMENTO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO, E PELA QUAL DOU(AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO

EM: 1/1 NOME/CPF ASSINATURA



**CENTERMEDI Com. de Prod. Hosp. LTDA.**  
 BR 480 - 795 Barão de Cotegipe/RS 99740-000  
 medicamentos@centermedi.com.br 54 3523-2700

**DANFE**  
 Documento Auxiliar da  
 Nota Fiscal Eletrônica  
 1 - SAIDA **1**  
 2 - ENTRADA  
 Nº 118282  
 SÉRIE 000  
 FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO DA NFE  
**4317 0103 6520 3000 0170 5500 0000 1182 8217 1044 5211**

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
[www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
 VENDA DE MERCADORIA OUTRA UF  
 PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
**143170010047663 19/01/2017 16:53:53**

INSCRIÇÃO ESTADUAL 170/0004449 INSC. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO 099.05261-92 CNPJ/CPF 03.652.030/0001-70

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME/RAZÃO SOCIAL 1432-PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS CNPJ/CPF 76.017.466/0001-61 DATA DA EMISSÃO 19/01/2017  
 ENDEREÇO R. PASTOR ELIAS ABRAHAO, 022 BAIRRO/DISTRITO CENTRO CEP 83260-000 DATA SAÍDA/ENTRADA 19/01/2017  
 MUNICÍPIO MATINHOS FONE/FAX 41 3971-6006 UF PR INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA/ENTRADA 16:52

**FATURA**

118282/1 20/02/17 R\$ 440,00

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

|                             |                      |                           |                       |                                   |
|-----------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO ICMS 440,00 | VALOR DO ICMS 52,80  | BASE CÁLCULO ICMS ST 0,00 | VALOR DO ICMS ST 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 440,00   |
| VALOR DO FRETE 0,00         | VALOR DO SEGURO 0,00 | DESCONTO 0,00             | OUTRAS DESPESAS 0,00  | VALOR DO IPI 0,00                 |
|                             |                      |                           |                       | VALOR TOTAL DA NOTA <b>440,00</b> |

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

RAZÃO SOCIAL BAUER - B. TRANSPORTES LTDA FRETE POR CONTA 0-Emitente CÓDIGO ANTT PLACA UF CNPJ/CPF 04.353.469/0043-14  
 ENDEREÇO RUA CLEMENTINA ROSSI, 566 MUNICÍPIO ERECHIM UF RS INSCRIÇÃO ESTADUAL 039/0150983  
 QUANTIDADE 1 ESPÉCIE CAIXAS MARCA NUMERAÇÃO PESO BRUTO 4,00 PESO LÍQUIDO 3,80

**DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS**

| CÓD. | DESCRIÇÃO DO PRODUTO  | LOTE    | PMC  | NCM/SH   | CST | CFOP | UN | QTDE | V. UNIT. | DESC  | V. TOTAL | BC ICMS | BC ST | V. ICMS | V. ST | ICMS |
|------|---|---------|------|----------|-----|------|----|------|----------|-------|----------|---------|-------|---------|-------|------|
| 642  | RANITIDINA 25MG/ML SOL. INJ. 2ML AMP. FCI(8884FF3B-9A04-4629-B6FA-A9ED3757B55D); LISTA(+) | 2660784 | 0,00 | 30049059 | 500 | 6108 | AM | 1000 | 0,44     | 0,00% | 440,00   | 440,00  | 0,00  | 52,80   | 0,00  | 12%  |

*Handwritten:* 451

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

T\_TRIB: 440,00 BC: 440,00 ICMS: 52,80 |  
 T\_FCP: 0,00 (GNRE) | T\_ICMS\_DEST.: 15,84 (GNRE) | T\_ICMS\_ORIG.: 10,56 |  
 TRIB APROX RS: FEDERAL R\$ 59,18 (13,45%) ESTADUAL R\$ 30,80 (7,00%) FONTE: IBPT  
 RS W7M9E1  
 REFERENTE RP PP 42/2016 EMPENHO 9146/16 PROCESSO 86/2016 - ENTREGA: AV.  
 PARANA, 828 BAIRRO TABULEIRO  
 DEPOSITO: BCO DO BRASIL: AG.0132-5 CC.12871-6 // BRADESCO: AG.3274-3  
 CC.0530320-6 // BANRISUL: AG.0122 CC.2400892804 // CAIXA: AG.3881 CC.279-1  
 VENDEDOR: 3-DOUGLAS  
 CRT 3 - REGIME NORMAL

**RESERVADO DO FISCO**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
**RUA PASTOR ELIAS ABRAHÃO, 22**

**CNPJ: 76.017.466/0001-61**

**NOTA DE LIQUIDAÇÃO:** 000853      **EMPENHO:** 009146/16      Ordinário

**Órgão:** 12 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE      01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
**Dotação:** 103020113 2 055 339 30.09.00      00000  
**Projeto/Atividade:** ACOES DO EIXO DE ALTA E MEDIA COMPLEXIDADE

**Credor:** 7470 CENTERMEDI COM. DE PROD.HOSPITALARE      **CNPJ/CPF:** 03.652.030/0001-70  
 Barão de Cotegipe

**Licitação:** Registro de Prec 42

**Objeto da Despesa:** MATERIAL FARMACOLOGICO  
**Valor da Liquidação:** R\$ 440,00 (quatrocentos e quarenta \*\*reais\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*  
**Retenções:**

**Total das Retenções:**

**VALOR LIQUIDO:** 440,00

369 SERVIÇO PRESTADO SUS/FATURAMENTO AIH

**Analisando a presente despesa, em fase de liquidação, constatamos:**

- 1 - Nota de Empenho (NE) Original devidamente assinada.
- 2 - Nota Fiscal (NF) original, ou Fatura, ou Recibo original, com a assinatura e identificação do credor, ou Folha de Pagamento de Pessoal elaborada pelo setor competente, ou Ofício de Diária, ou Ofício de Adiantamento para Despesas com Viagem. No caso de despesa vinculada a contrato ou convênio, o pagamento solicitado está de acordo com o pactuado.
- 3 - Coincidência nos credores constantes na NE, NF e Recibo.
- 4 - Correlação dos valores constantes na NE, NF e recibo.
- 5 - Atestado de serviço prestado/recebimento de material, com data, assinatura e identificação do responsável.
- 6 - O interessado está em dia com as Certidões Negativas.

A despesa correspondente aos dados preenchidos neste formulário está devidamente liquidada, de acordo com o estabelecido no artigo 63 da Lei 4.320/64.

Considerando as informações acima, que significam a legalidade da despesa, responsabilizo-me pelo pagamento correspondente a esta liquidação, cujo valor bruto é R\$ 440,00 (quatrocentos e quarenta \*\*reais\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*  
 descontando as deduções cabíveis de R\$ em conformidade com a Lei.

Matinhos, 03 de Fevereiro de 2017.