



# PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA

Estado do Paraná

CNPJ 76.282.680/0001-45

Rua Santa Efigênia, 680 Centro (044)3232-8383 - CEP 86990-000

## NOTA DE EMPENHO

Nº do Empenho: 2725 / 2016 Ordinário Data: 03/03/2016 Página 1 / 1

Credor: 45968 MARINGA HOS. DIST. DE MED. CORRELATOS LTDA

Endereço: Comercial: AV. GUAIRA, - - C.E.P. 87020050 - Maringá - PR

C.N.P.J.: 07.396.733/0001-36

Insc. Est.: ISENT0

Ag

C/C

Orgão: 07 SECRETARIA MUN. DE SAÚDE  
Unidade: 07.002. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS  
Prog. Trabalho: 10.302.0008.2.051. AQUISIÇÃO E MANUTENÇÃO DO CAPS  
Elemento Desp.: 3.3.9.0.30.00.00. MATERIAL DE CONSUMO  
Desdobramento: 36 00 MATERIAL HOSPITALAR  
Reduzido: 369  
F. de Recurso: 31496 Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospit

01496

Tipo de Licitação: Pregão

Nº Licitação:.....: 45/2015

Data Licitação.: 08/06/2015

Nº Contrato:.....: 2015166/2015

Nº Convênio: /

Dotação Inicial  
315.000,00

Saldo Anterior  
261.881,93

Valor  
604,00

Saldo Atual  
261.277,93

JUSTIFICATIVA: REFERENTE AO FORNECIMENTO DE MATERIAIS PARA O DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

| ITEM | QTD | UN   | ESPECIFICAÇÃO                                                                                                          | VLR. UNITÁRIO | VLR. TOTAL |
|------|-----|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|
| 1    | 6   | CX   | ..Máscara descartável tripla, caixa c/ 50 unidades. Com presilha, para ajuste nasal, de metal flexível. Cor: branca;;; | 4,00          | 24,00      |
| 2    | 30  | Rolo | ..Papel lençol descartável branco 0,50x50m (100% celulose virgem);;;                                                   | 6,00          | 180,00     |
| 3    | 50  | Rolo | ..Papel lençol descartável branco 0,70x50m (100% celulose virgem);;;                                                   | 8,00          | 400,00     |

Total Retenções:

0,00

Total Liq. Empenho:

604,00

Empenhado por:

Paulo César Mori

Autorizo a Despesa Acima Discriminada

Marialva, de de

PAGAMENTO

ORDEM DE PAGAMENTO

Pague-se ao favorecido o valor acima especificado, proveniente, desta nota de empenho.

Marialva, de de

BENEDITO SANTO MOREIRA  
Contador CRC/PR Nº 20802/01

EDGAR SILVESTRE  
Prefeito Municipal

BRUNO COSTA DE OLIVEIRA  
Secretario Municipal de Finanças

RECIBO

Recebi(emos) da tesouraria da PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA, a importância especificada acima em moeda corrente do país.

Marialva, de de

Banco \_\_\_\_\_

Nº da Conta \_\_\_\_\_

Nº do Cheque \_\_\_\_\_

Credor: MARINGA HOS. DIST. DE MED. CORRELATOS LT  
C.N.P.J.: 07.396.733/0001-36

|                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b><br><br><b>MARINGÁ HOSPITALAR DISTR DE MEDICAMENTOS E CORRELATOS LTDA</b><br>Av. Gualira, 554 - Zona 07 - Maringá - PR<br>(44) 3262-6350 |  | <b>DANFE</b><br>Documento Auxiliar da<br>NOTA FISCAL ELETRÔNICA<br>0 - ENTRADA<br>1 - SAÍDA <b>1</b><br><b>Nº 000.013.574</b><br><b>SÉRIE: 1</b><br>FOLHA: 1/1 |                                                                               | <br><b>CHAVE DE ACESSO</b><br>4116 0307 3967 3300 0136 5500 1000 0135 7415 0690 5849<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br>www.nfe.fazenda.gov.br/portal<br>ou no site da Sefaz Autorizadora |  |
| <b>NATUREZA DA OPERAÇÃO</b><br><b>VENDAS DE MERCADORIAS</b>                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                | <b>PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO</b><br>141160048772838 29/03/2016 08:24:02 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| <b>INSCRIÇÃO ESTADUAL</b><br>903.39140-56                                                                                                                                                                                                                |  | <b>INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTÁRIO</b>                                                                                                                         |                                                                               | <b>CNPJ</b><br>07.396.733/0001-36                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |

|                                                              |  |  |  |                                  |  |                                            |  |
|--------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------------|--|--------------------------------------------|--|
| <b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b>                                |  |  |  | <b>CNPJ/CPF</b>                  |  | <b>DATA DE EMISSÃO</b>                     |  |
| <b>NOME/RAZÃO SOCIAL</b><br>PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA |  |  |  | 76.282.680/0001-45               |  | 29/03/2016                                 |  |
| <b>ENDEREÇO</b><br>RUA SANTA EFIGENIA, 680                   |  |  |  | <b>BAIRRO/DISTRITO</b><br>CENTRO |  | <b>CEP</b><br>86990-000                    |  |
| <b>MUNICÍPIO</b><br>MARIALVA                                 |  |  |  | <b>UF</b><br>PR                  |  | <b>DATA DE SAÍDA/ENTRADA</b><br>29/03/2016 |  |
| <b>FONE/FAX</b><br>(44)3232-8383                             |  |  |  | <b>INSCRIÇÃO ESTADUAL</b>        |  | <b>HORA DE SAÍDA</b><br>08:24:02           |  |

|                          |          |            |  |
|--------------------------|----------|------------|--|
| <b>FATURA/DUPPLICATA</b> |          |            |  |
| 13574-01                 | 28/04/16 | R\$ 176,00 |  |

|                           |  |                                |  |                      |  |                                             |  |                                   |  |                                 |  |
|---------------------------|--|--------------------------------|--|----------------------|--|---------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|---------------------------------|--|
| <b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b> |  | <b>BASE DE CÁLCULO DO ICMS</b> |  | <b>VALOR DO ICMS</b> |  | <b>BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO</b> |  | <b>VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO</b> |  | <b>VALOR TOTAL DOS PRODUTOS</b> |  |
|                           |  | 0,00                           |  | 0,00                 |  | 0,00                                        |  | 0,00                              |  | 176,00                          |  |
| <b>VALOR DO FRETE</b>     |  | <b>VALOR DO SEGURO</b>         |  | <b>DESCONTO</b>      |  | <b>OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS</b>           |  | <b>VALOR DO IPI</b>               |  | <b>VALOR TOTAL DA NOTA</b>      |  |
| 0,00                      |  | 0,00                           |  | 0,00                 |  | 0,00                                        |  | 0,00                              |  | 176,00                          |  |

|                                            |                |                        |                  |                    |                   |                           |                     |           |  |                 |  |
|--------------------------------------------|----------------|------------------------|------------------|--------------------|-------------------|---------------------------|---------------------|-----------|--|-----------------|--|
| <b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b> |                |                        |                  |                    |                   |                           |                     |           |  |                 |  |
| <b>RAZÃO SOCIAL</b>                        |                | <b>FRETE POR CONTA</b> |                  | <b>CÓDIGO ANTT</b> |                   | <b>PLACA DO VEÍCULO</b>   |                     | <b>UF</b> |  | <b>CNPJ/CPF</b> |  |
|                                            |                | 0-Emitente             |                  |                    |                   |                           |                     |           |  |                 |  |
| <b>ENDEREÇO</b>                            |                | <b>MUNICÍPIO</b>       |                  | <b>UF</b>          |                   | <b>INSCRIÇÃO ESTADUAL</b> |                     |           |  |                 |  |
|                                            |                |                        |                  |                    |                   |                           |                     |           |  |                 |  |
| <b>QUANTIDADE</b>                          | <b>ESPÉCIE</b> | <b>MARCA</b>           | <b>NUMERAÇÃO</b> |                    | <b>PESO BRUTO</b> |                           | <b>PESO LÍQUIDO</b> |           |  |                 |  |
|                                            |                |                        |                  |                    |                   |                           |                     |           |  |                 |  |

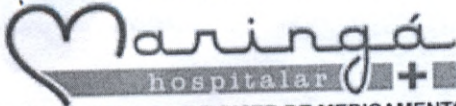
|                                 |                                                                                                             |  |  |  |               |              |             |              |               |                       |                    |                |                   |                   |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|-----------------------|--------------------|----------------|-------------------|-------------------|
| <b>DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO</b> |                                                                                                             |  |  |  |               |              |             |              |               |                       |                    |                |                   |                   |
| <b>CÓDIGO PRODUTO</b>           | <b>DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO</b>                                                                         |  |  |  | <b>NCM/SH</b> | <b>CSOSN</b> | <b>CFOP</b> | <b>UNID.</b> | <b>QUANT.</b> | <b>VALOR UNITÁRIO</b> | <b>VALOR TOTAL</b> | <b>BC ICMS</b> | <b>VALOR ICMS</b> | <b>ALIQ. ICMS</b> |
| 7890                            | LENCOL DE PAPEL 70 X 50 BRANCO C/ 1 FLEXPEL<br>Lote=L1732396C Qtd=22 Fab=18/03/2016 Val=30/03/2021 PMC=0,00 |  |  |  | 48185000      | 0101         | 5405        | RL           | 22            | 8,00                  | 176,00             | 0,00           | 0,00              | 0                 |

|                                     |                 |
|-------------------------------------|-----------------|
| <b>AQUISIÇÃO - de acordo com:</b>   |                 |
| <input type="checkbox"/>            | CONVITE         |
| <input type="checkbox"/>            | TOMADA DE PREÇO |
| <input type="checkbox"/>            | CONCORRÊNCIA    |
| <input checked="" type="checkbox"/> | PREGÃO          |
| <input type="checkbox"/>            | DISPENSA        |
| <input type="checkbox"/>            | INEXIGIBILIDADE |
| Nº 45/15 DE                         |                 |

|                            |                                 |
|----------------------------|---------------------------------|
| <b>CÁLCULO DO ISSQN</b>    |                                 |
| <b>INSCRIÇÃO MUNICIPAL</b> | <b>VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS</b> |
|                            |                                 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>DADOS ADICIONAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| <b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b><br>PREGAO 45/2015 SOLICITACAO 2895/2016<br>CONTA PARA DEPOSITO:<br>BANCO DO BRASIL - AG: 0352-2 C/C 46874-6<br>DOCUMENTO EMITIDO POR EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA<br>DIREITO A CREDITO FISCAL DE ICMS E TRIBUTOS FEDERAIS. |  |
| <b>RESERVADO AO FISCO</b>                                                                                                                                                                                                                                                   |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                |                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Recebemos de MARINGA HOSPITALAR DISTR DE MEDICAMENTOS E CORRELATOS LTDA, os produtos constantes da nota fiscal indicada ao lado: Data de emissão: 29/03/2016, Valor Total: R\$176,00, Destinatário: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA RUA SANTA EFIGENIA, 680 - CENTRO - MARIALVA/PR |                                                | <b>NF-e</b><br><b>Nº 000.013.574</b><br><b>SÉRIE: 1</b> |
| <b>DATA DE RECEBIMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR</b> |                                                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b><br><br><b>MARINGÁ HOSPITALAR DISTR DE MEDICAMENTOS E CORRELATOS LTDA</b><br>Av. Gualira, 554 - Zona 07 - Maringá - PR<br>(44) 3262-6350 |  | <b>DANFE</b><br>Documento Auxiliar da<br>NOTA FISCAL ELETRÔNICA<br>0 - ENTRADA<br>1 - SAÍDA <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</span><br><b>Nº 000.013.488</b><br><b>SÉRIE: 1</b><br>FOLHA: 1/1 |                                                                        | <br><b>CHAVE DE ACESSO</b><br>4116 0307 3967 3300 0136 5500 1000 0134 8819 0219 0214<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br><a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a><br>ou no site da Sefaz Autorizadora |  |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br><b>VENDAS DE MERCADORIAS</b>                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                       | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>141160042139296 16/03/2016 10:10:22 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>903.39140-56                                                                                                                                                                                                                       |  | INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTÁRIO<br>CNPJ 07.396.733/0001-36                                                                                                                                                            |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |

|                                                                                                |  |  |  |                                |  |                               |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--------------------------------|--|-------------------------------|--|
| <b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b><br>NOME/RAZÃO SOCIAL<br><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIÁLVIA</b> |  |  |  | CNPJ/CPF<br>76.282.680/0001-45 |  | DATA DE EMISSÃO<br>16/03/2016 |  |
| ENDEREÇO<br>RUA SANTA EFIGENIA, 680                                                            |  |  |  | BAIRRO/DISTRITO<br>CENTRO      |  | CEP<br>86990-000              |  |
| MUNICÍPIO<br>MARIÁLVIA                                                                         |  |  |  | FONE/FAX<br>(44)3232-8383      |  | UF<br>PR                      |  |
|                                                                                                |  |  |  | INSCRIÇÃO ESTADUAL             |  | HORA DE SAÍDA<br>10:10:11     |  |

|                                                         |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| <b>FATURA/DUPLICATA</b><br>13488-01 15/04/16 R\$ 428,00 |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                           |  |                      |  |                                           |  |                                 |  |                                 |  |
|-----------------------------------------------------------|--|----------------------|--|-------------------------------------------|--|---------------------------------|--|---------------------------------|--|
| <b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b><br>BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00 |  | VALOR DO ICMS 0,00   |  | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 |  | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 |  | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 428,00 |  |
| 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 428,00      |  |

|                                                            |  |         |  |                               |  |             |  |                  |  |              |  |                    |  |
|------------------------------------------------------------|--|---------|--|-------------------------------|--|-------------|--|------------------|--|--------------|--|--------------------|--|
| <b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b><br>RAZÃO SOCIAL |  |         |  | FRETE POR CONTA<br>0-Emitente |  | CÓDIGO ANTT |  | PLACA DO VEÍCULO |  | UF           |  | CNPJ/CPF           |  |
| ENDEREÇO                                                   |  |         |  | MUNICÍPIO                     |  |             |  |                  |  | UF           |  | INSCRIÇÃO ESTADUAL |  |
| QUANTIDADE                                                 |  | ESPÉCIE |  | MARCA                         |  | NUMERAÇÃO   |  | PESO BRUTO       |  | PESO LÍQUIDO |  |                    |  |

| DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO |                                                              |  |  |  |          |       |      |       |        |                |             |         |            |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------|--|--|--|----------|-------|------|-------|--------|----------------|-------------|---------|------------|
| CÓDIGO PRODUTO           | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO                                 |  |  |  | NCM/SH   | CSOSN | CFOP | UNID. | QUANT. | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | BC ICMS | VALOR ICMS |
| 8060                     | LENCOL DE PAPEL 50 X 50 BRANCO C/ 1 FLEXPEL                  |  |  |  | 48185000 | 0101  | 5405 | RL    | 30     | 6,00           | 180,00      | 0,00    | 0,00       |
|                          | Lote=L1532381C Qtd=30 Fab=15/02/2016 Val=28/02/2021 PMC=0,00 |  |  |  |          |       |      |       |        |                |             |         |            |
| 9320                     | LENCOL DE PAPEL 70 X 50 BRANCO - 100% CELULOSE C/ 1 FLEXPEL  |  |  |  | 48185000 | 0101  | 5405 | RL    | 28     | 8,00           | 224,00      | 0,00    | 0,00       |
|                          | Lote=L1732377C Qtd=28 Fab=19/02/2016 Val=28/02/2021 PMC=0,00 |  |  |  |          |       |      |       |        |                |             |         |            |
| 1318                     | MASCARA DESC TRIPLA C/ ELASTICO C/ 50 DESCARPACK             |  |  |  | 63079010 | 0101  | 5405 | CX    | 6      | 4,00           | 24,00       | 0,00    | 0,00       |
|                          | Lote=SMEF146 Qtd=6 Fab=01/06/2015 Val=30/06/2020 PMC=0,00    |  |  |  |          |       |      |       |        |                |             |         |            |

**AQUISIÇÃO - de acordo com:**

☐ CONVITE  
☐ TOMADA DE PREÇO  
☒ CONCORRÊNCIA  
☒ PREGÃO C. \_\_\_\_\_  
☐ DISPENSA  
☐ INEXIGIBILIDADE  
 Nº 45113 DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|                                                |  |                          |  |                              |  |                |  |
|------------------------------------------------|--|--------------------------|--|------------------------------|--|----------------|--|
| <b>CÁLCULO DO ISSQN</b><br>INSCRIÇÃO MUNICIPAL |  | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS |  | BASE DE CÁLCULO DOS SERVIÇOS |  | VALOR DO ISSQN |  |
|------------------------------------------------|--|--------------------------|--|------------------------------|--|----------------|--|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|--|
| <b>DADOS ADICIONAIS</b><br>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>PREGAO 45/2015 SOLICITACAO 2895/2016<br>CONTA PARA DEPOSITO:<br>BANCO DO BRASIL - AG: 0352-2 C/C 46874-6<br>DOCUMENTO EMITIDO POR EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ICMS E TRIBUTOS FEDERAIS. |  | RESERVADO AO FISCO |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|--|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|
| Recebemos de MARINGÁ HOSPITALAR DISTR DE MEDICAMENTOS E CORRELATOS LTDA, os produtos constantes da nota fiscal indicada ao lado: Data de emissão: 16/03/2016, Valor Total: R\$428,00, Destinatário: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIÁLVIA RUA SANTA EFIGENIA, 680 - CENTRO - MARIÁLVIA/PR |  | <b>NF-e</b><br><b>Nº 000.013.488</b><br><b>SÉRIE: 1</b> |  |
| DATA DE RECEBIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR                 |  |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA****CNPJ:** 76282680000145**Paraná****Exercício:** 2016**SOLICITAÇÃO DE DESPESA****2895 / 2016****Especie:** Ordinário**Data de Emissão:** 3/3/2016**Página** 5 / 26**Fornecedor:** 45968 - MARINGA HOS. DIST. DE MED. CORRELATOS LTDA**CNPJ:** 07.396.733/0001-36**Insc. Estadual:** ISENT0**Endereço:** AV. GUAIRA,**Bairro:** Centro **Cidade:** Maringá - PR**CEP:** 87.020-050**Telefone:**

|                                    |                                                                |                         |                       |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| <b>Órgão:</b> 07                   | SECRETARIA MUN. DE SAÚDE                                       | <b>Processo:</b>        | /                     |
| <b>Unid. Orçamentária:</b> 07.002. | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS                                 | <b>Modalidade:</b>      | Pregão                |
| <b>Função:</b> 10                  | Saúde                                                          | <b>Nº Licitação:</b>    | 45 / 2015             |
| <b>Sub Função:</b> 302             | Assistência Hospitalar e Ambulatorial                          | <b>Nº Contrato:</b>     | /                     |
| <b>Programa:</b> 0008              | SAÚDE NINGUÉM FICA SEM                                         | <b>Data Publicação:</b> |                       |
| <b>Projeto/Atividade:</b> 2051     | AQUISIÇÃO E MANUTENÇÃO DO CAPS                                 | <b>Homologação:</b>     |                       |
| <b>Nat. da Despesa:</b> 3.3.90.30. | MATERIAL DE CONSUMO                                            | <b>ID Contrato:</b>     |                       |
| <b>Desdobramento:</b> 36           | MATERIAL HOSPITALAR                                            | <b>Subvenção:</b>       | /                     |
| <b>SubDesdobramento:</b> 00        |                                                                | <b>Cód. do Bem:</b>     |                       |
| <b>Fonte de Recurso:</b> 01496     | Atenção de Media e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar |                         |                       |
| <b>Recurso:</b>                    | Próprio                                                        |                         |                       |
| <b>Contrapartida:</b>              | Não                                                            | <b>Reduzido:</b> 0      | <b>Convênio Nº:</b> / |

**JUSTIFICATIVA:** REFERENTE AO FORNECIMENTO DE MATERIAIS PARA O DEPARTAMENTO DE SAÚDE.**PRAZO DE EXECUÇÃO/ENTREGA:** 10 Dias**LOCAL DE ENTREGA:** nos locais indicados na ordem de compra**FORMA DE PAGAMENTO:** no prazo de 30 dias após entrega da fatura

| Ord.          | Item  | Descrição                                                                                                              | Unidade | Quantidade | Vlr. Unitário | Vlr. Total    |
|---------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------|---------------|---------------|
| 1             | 69458 | ..Máscara descartável tripla, caixa c/ 50 unidades. Com presilha, para ajuste nasal, de metal flexível. Cor: branca;;; | CX      | 6,00       | 4,0000        | 24,00         |
| 2             | 69459 | ..Papel lençol descartável branco 0,50x50m (100% celulose virgem);;;                                                   | Rolo    | 30,00      | 6,0000        | 180,00        |
| 3             | 69460 | ..Papel lençol descartável branco 0,70x50m (100% celulose virgem);;;                                                   | Rolo    | 50,00      | 8,0000        | 400,00        |
| <b>Total:</b> |       |                                                                                                                        |         |            |               | <b>604,00</b> |

09 MAR. 2016

Paulo César Mori  
Responsável pela Elaboração



**Autenticação de Pagamento**

**Conta Debitada: PREFEITURA DE MARIALVA**

**Agência: : 22780**

**Conta : 037777- BB/CT 37777-5 (SAUDE - SUS)**

**Lote nº: 125/2016**

**Data : 13/04/2016**

**Conta Creditada MARINGA HOS. DIST. DE MED. CORRELATOS LTDA**

**Banco: 1 BANCO DO BRASIL S.A.**

**Agência: 0352-2**

**Conta: 46874-6**

**Valor Pago: 604,00**

**Nº Autenticação: 6456EEF5AAE9851E**