



# 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: 15566 / 2015 Ordinário Data: 07/12/2015 Página 1 / 1

Credor: 102302 JD EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA - ME

Endereço: - C.E.P. - -

C.N.P.J.: 13.550.569/0001-72

Insc. Est.:

Ag

C/C

Orgão: 07 SECRETARIA MUN. DE SAÚDE  
Unidade: 07.002. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS  
Prog. Trabalho: 10.302.0008.2.052. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL  
Elemento Desp.: 3.3.9.0.30.00.00. MATERIAL DE CONSUMO  
Desdobramento: 36 00 MATERIAL HOSPITALAR  
Reduzido: 379  
F. de Recurso: 1510 TAXAS - EXERCÍCIO PODER DE POLICIA

Tipo de Licitação: Pregão

Nº Licitação.....: 86/2015

Data Licitação.: 26/11/2015

Nº Contrato....: 2015379/2015

Nº Convênio: /

Dotação Inicial  
724.100,00

Saldo Anterior  
275.756,54

Valor  
966,00

Saldo Atual  
274.790,54

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

| ITEM | QTD | UN | ESPECIFICAÇÃO                                                           | VLR. UNITÁRIO | VLR. TOTAL |
|------|-----|----|-------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|
| 1    | 2   | UN | Pás de desfibrilação Adulto para DEA compatível com o modelo do item 35 | 483,00        | 966,00     |

Total Retenções:

0,00

Total Liq. Empenho:

966,00

Empenhado por:

Paulo César Mori

Autorizo a Despesa Acima Discriminada

Marialva, de de

PAGAMENTO

ORDEN DE PAGAMENTO

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

Marialva, de de

BRUNO COSTA DE OLIVEIRA  
Secretario Municipal de Finanças

EDGAR SILVESTRE  
Prefeito Municipal

BENEDITO SANTO MOREIRA  
Contador CRC/PR Nº 20802/01

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: JD EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA - ME  
C.N.P.J.: 13.550.569/0001-72

PYM 101 200120160000081000044PG \*\*\*\*\*9

|                                                                                                           |                                         |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------|
| RECEBEMOS DE JD EQUIPAMENTOS MÉDICOS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO |                                         | NF-e           |
| DATA DE RECEBIMENTO                                                                                       | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | Nº 000.001.695 |
|                                                                                                           |                                         | SÉRIE: 1       |

|                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>JD Equipamentos Médicos Ltda</b></p> <p>Rua Barão de Santo Angelo, 143 - - Xaxim, Curitiba, PR -<br/>CEP: 81810140 Fone/Fax: 4132689900</p> | <p align="center"><b>DANFE</b></p> <p align="center">Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica</p> |                                                                                 | <p>CONTROLE DO FISCO</p>                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                     | <p>0 - Entrada</p> <p>1 - Saída</p> <p>Nº 000.001.695</p> <p>SÉRIE: 1</p> <p>Página: 1 de 1</p>       | <p>CHAVE DE ACESSO</p> <p>41151213550569000172550010000016951582347273</p>      | <p>Consulta da autenticidade no portal nacional da NF-e<br/><a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no site da Sefaz Autorizadora</p> <p>PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO</p> <p>141150189227353 - 07/12/2015 16:34</p> |
| <p>NATUREZA DA OPERAÇÃO</p> <p>Venda Estadual</p>                                                                                                                                                                                   |                                                                                                       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p>INSCRIÇÃO ESTADUAL</p> <p>9055595671</p>                                                                                                                                                                                         |                                                                                                       | <p>INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.</p> <p>CNPJ</p> <p>13.550.569/0001-72</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                  |                 |                    |                       |
|----------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------|
| <b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b>    |                 | CNPJ/CPF           | DATA DA EMISSÃO       |
| NOME/RAZÃO SOCIAL                |                 | 76.282.680/0001-45 | 07/12/2015            |
| PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA |                 |                    |                       |
| ENDEREÇO                         | BAIRRO/DISTRITO | CEP                | DATA DE ENTRADA/SAÍDA |
| Rua Santa Efígenia, 680 -        | Centro          | 86990-000          | 07/12/2015            |
| MUNICÍPIO                        | FONE/FAX        | UF                 | HORA DE ENTRADA/SAÍDA |
| Marialva                         | 4432326297      | PR                 | 16:33:34              |
|                                  |                 | INSCRIÇÃO ESTADUAL |                       |
|                                  |                 | ISENTO             |                       |

|                                           |
|-------------------------------------------|
| <b>FATURA</b>                             |
| Nº 1695.1 - Venc: 07/01/2016 - R\$ 966,00 |

|                           |                 |                            |                            |                       |                          |  |  |
|---------------------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------|--------------------------|--|--|
| <b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b> |                 |                            |                            |                       |                          |  |  |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS   | VALOR DO ICMS   | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS ST           | PERC. APRÓX. IMPOSTOS | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |  |  |
| 0,00                      | 0,00            | 0,00                       | 0,00                       | 0,00                  | 966,00                   |  |  |
| VALOR DO FRETE            | VALOR DO SEGURO | DESCONTO                   | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI          | VALOR TOTAL DA NOTA      |  |  |
| 0,00                      | 0,00            | 0,00                       | 0,00                       | 0,00                  | 966,00                   |  |  |

|                                            |                    |
|--------------------------------------------|--------------------|
| <b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b> |                    |
| RAZÃO SOCIAL                               | FRETE POR CONTA    |
|                                            | 4 - Sem Frete      |
| ENDEREÇO                                   | CÓDIGO ANTT        |
|                                            |                    |
| QUANTIDADE                                 | PLACA DO VEÍCULO   |
|                                            |                    |
| ESPÉCIE                                    | UF                 |
|                                            |                    |
| MARCA                                      | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|                                            |                    |
| NUMERAÇÃO                                  | PESO BRUTO         |
|                                            |                    |
| PESO LÍQUIDO                               |                    |

| <b>DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS</b> |                                                              |          |     |      |       |        |             |             |         |            |           |            |           |                       |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------|-----|------|-------|--------|-------------|-------------|---------|------------|-----------|------------|-----------|-----------------------|
| CÓDIGO                           | DESCRIÇÃO PRODUTO/SERVIÇO                                    | NCM/SH   | CST | CFOP | UNID. | QUANT. | VALOR UNIT. | VALOR TOTAL | BC ICMS | VL.R. ICMS | VL.R. IPI | Aliq. ICMS | Aliq. IPI | PERC. APRÓX. IMPOSTOS |
| H324A                            | Pás de desfibrilação p/ DEA NK - Adulto/Pediátrica L:Y121313 | 90169099 | 400 | 5102 | und   | 2,0000 | 483,0000    | 966,00      | 0,0000  | 0,00       |           | 0,00       | 0,00      | -                     |

|                         |                          |                          |                |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| <b>CÁLCULO DO ISSQN</b> |                          |                          |                |
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL     | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | VALOR DO ISSQN |
| 1015817                 | 0,00                     | 0,00                     | 0,00           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>DADOS ADICIONAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |
| <p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL BANCO DO BRASIL - AG.3663-3 - C/C 25092-9 BANCO SANTANDER - AG.1220 - C/C 13000744-8</p> <p>PP N°86/2015 EMPENHO N°15364 SOLIC.DESPESA N°16124/2015</p> <p>LOCAL DE ENTREGA: FARMACIA MUNICIPAL RUA FORMOSA522 CENTRO</p> | RESERVADO AO FISCO |

|                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>AQUISIÇÃO - de acordo com:</b>                                                                                                                                                                                                                    |                                                                              |
| <input type="checkbox"/> CONVITE<br><input type="checkbox"/> TOMADA DE PREÇO<br><input type="checkbox"/> CONCORRÊNCIA<br><input checked="" type="checkbox"/> PREGÃO<br><input type="checkbox"/> DISPENSA<br><input type="checkbox"/> INEXIGIBILIDADE | <p>C. _____</p> <p>Nº 86/15 DE ____/____/____</p> <p align="center">(CP)</p> |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA**

**REF.: LICITAÇÃO MODALIDADE PREGÃO PRESENCIAL Nº 86-2015- PMM - CONTRATO Nº 379/2015**

**AUTORIZAR**

A empresa JD EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA - ME, pessoa jurídica de direito privado, situada à Rua Barão do Santo Ângelo, 143, Xaxim, na cidade de Curitiba, Estado do Paraná, Cep: 81.810-140, portadora do CNPJ nº 13.550.569/0001-72

| Item | Descrição                                                                    | Unidade | Quant. | Valor Unit.   | Valor Total   | Marca/Espec.      |
|------|------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|---------------|---------------|-------------------|
| 56   | #Pás de desfibrilação. - Adulto para DEA compatível com o modelo do item 35. | UN      | 2      | 483           | 966,00        | NIHON KODEN/P530K |
|      |                                                                              |         |        |               |               |                   |
|      |                                                                              |         |        | <b>TOTAL:</b> | <b>966,00</b> |                   |

1 -Data de Início:

2 -Prazo de Entrega: 10 DIAS

3 - Penalidades: Conforme Lei 8.666/1993.

4 -Local de entrega: Farmácia Municipal. Rua Formosa nº 522. Centro. Dias e Horário de entrega: Segunda à sexta das 8h às 12 horas e 13h às 17horas.

E-mail: [compras@capitaldauvafina.com.br](mailto:compras@capitaldauvafina.com.br), [farmaciamva@outlook.com](mailto:farmaciamva@outlook.com)

Telefone para contato: (44) 32326297

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA****CNPJ:** 76282680000145**Paraná****Exercício:** 2015**SOLICITAÇÃO DE DESPESA****16329 / 2015****Espécie:** Ordinário**Data de Emissão:** 7/12/2015**Página** 1 / 1**Fornecedor:** 102302 - JD EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA - ME**CNPJ:** 13.550.569/0001-72**Insc. Estadual:****Endereço:** ,**Bairro:** Cidade: -**CEP:****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>    | 86 / 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> 2052     | ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL | <b>Homologação:</b>     | 26/11/2015             |
| <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> 01510     | TAXAS - EXERCÍCIO PODER DE POLICIA    |                         |                        |
| <b>Recurso:</b>                    | Próprio                               |                         |                        |
| <b>Contrapartida:</b>              | Não                                   | <b>Reduzido:</b> 379    | <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             | 70987 | #Pás de desfibrilação - Adulto para DEA compatível com o modelo do item 35. | UN      | 2,00       | 483,0000      | 966,00        |
| <b>Total:</b> |       |                                                                             |         |            |               | <b>966,00</b> |

15566

---

Paulo César Mori  
Responsável pela Elaboração



20/01/2016 16:29:01

---

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

Nome T P E PODER POLICIA

Agência 2278-0

Conta corrente 15732-5

T P E PODER POLICIA

**Creditado**

Agência 3663-3

Conta corrente 25092-9

JD EQUIPAMENTOS MEDICOS L

Valor 966,00

Data Nesta data

Assinada por J8891493 BRUNO COSTA DE OLIVEIRA

20/01/2016 16:14:01

J6635608 EDGAR SILVESTRE

20/01/2016 16:29:01

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: J6635608 EDGAR SILVESTRE.