



PREFEITURA DE MARIALVA

Estado do Paraná - 76.282.680/0001-45

Rua Santa Efigênia, 680 Centro (44) 3232-8383 - CEP 86990-000

NOTA DE EMPENHO

Nº do Empenho: 4406 / 2022 Ordinário Data: 02/06/2022 Página 1 / 1

Credor: 102473 INOVAMED HOSPITALAR LTDA
Endereço: - - C.E.P. - -
C.N.P.J.: 12.889.035/0001-02 Insc. Est.:
Banco:1 - BANCO DO BRASIL S.A. Ag.:0132-5 Conta:161027-9

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 Reduzido: 210 F. de Recurso: 1303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (EC 29/00 - 15%) - EXERC 1303 Desdobramento: 09 00 MATERIAL FARMACOLÓGICO	Tipo de Licitação: Pregão Nº Licitação.....: 118/2021 Nº NAD.....: 4396 Nº Convênio:/
--	---

Dotação Inicial 1.212.070,92	Saldo Anterior 200.946,33	Valor 272,20	Saldo Atual 200.674,13
--	-------------------------------------	------------------------	----------------------------------

HISTÓRICO: Aquisição de materiais médicos/hospitalares, instrumentais e medicamentos necessários para o abastecimento da rede pública municipal

ITEM	QTD	UN	ESPECIFICAÇÃO	VLR. UNITÁRIO	VLR. TOTAL
1	20,00	AMP	NITROPRUSSETO DE SÓDIO 25MG/ML. AMPOLA 2ML. CODIGO: BR0273719	13,61	272,20

Local de Entrega	Total Retenções:	0,00	Total Liq. Empenho:	272,20
------------------	------------------	------	---------------------	--------

Empenhado por:

PAULO CÉSAR MORI

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

Marialva, de de

DIORGINY GONÇALVES DE FARIA
Contador CRC/PR Nº 078120/O-6

Banco _____
Nº da Conta _____
Nº do Cheque _____

Autorizo a Despesa Acima Discriminada
Marialva, de de

VICTOR CELSO MARTINI
Prefeito Municipal

BRUNO COSTA DE OLIVEIRA
Sec. Mun. Finanças CRC-PR 067844/O-8

RECIBO

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

Marialva, de de

Credor: INOVAMED HOSPITALAR LTDA
C.N.P.J.: 12.889.035/0001-02



PREFEITURA DE MARIALVA
CNPJ: 76.282.680/0001-45
Estado do Paraná
Exercício: 2022

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE DESPESA

4396 / 2022

Espécie:

Data Emissão: 26/05/2022

Página 1 / 1

FORNECEDOR: 102473 - INOVAMED HOSPITALAR LTDA

CNPJ: 12.889.035/0001-02

Insc. Estadual:

ENDEREÇO:

BAIRRO: CIDADE: -

CEP:

TELEFONE: (54)2106-7930 **E-MAIL:**

Processo: /

Nº. Solicitação: 4.970/2.022

Modalidade: Pregão

Nº Licitação: 118/2021

Nº Contrato: 507/2021

Data Publicação: 27/12/2021

ID Contrato: 2021507

Loc./Interv. Obra: /

Cód. Bem:

Subvenção: /

Empenho: 4.406/2.022

Órgão: 07 SECRETARIA MUN. DE SAÚDE
Unid. Orçamentária: 07.002. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS
Função: 10 Saúde
Sub Função: 302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa: 0008 SAÚDE NINGUÉM FICA SEM
Projeto/Atividade: 2052 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

Nat. da Despesa: 3.3.90.30. MATERIAL DE CONSUMO

Desdobramento: 09 MATERIAL FARMACOLÓGICO

SubDesdobramento: 00

Fonte de Recurso: 01303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (EC 29/00 - 15%) - EXERCÍCIO COF

Recurso:

Contrapartida: Não

Convênio Nº.: /

JUSTIFICATIVA: Aquisição de materiais médicos/hospitalares, instrumentais e medicamentos necessários para o abastecimento da rede pública municipal

PRAZO DE EXECUÇÃO/ENTREGA: 5 Dias

LOCAL DE ENTREGA: Avenida Mário Galo, nº848- Jardim Hamada. Farmácia do Pronto Atendimento. **HORÁRIO** 8:00 as 11:30 e 13:00 as 17:00 h.

FORMA DE PAGAMENTO: no prazo de 30 dias após entrega da fatura

FISCAL DE CONTRATO: -

Ord.	Item	Descrição	Unidade	Quantidade	Vlr. Unitário	Vlr. Total
1	100143	NITROPRUSSETO DE SÓDIO 25MG/ML. AMPOLA 2ML. CODIGO: BR0273719 - Marca: Hypofarma Nitrop	AMPOLA	20,00	13,610	272,200

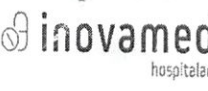
Total: 272,20

José Orlando Benedetti Villa
Secretário Municipal de Saúde
Decreto 5.637/17
Marialva-PR

FABIANA CRISTINA PICÃO ROSSE.
Responsável pela Elaboração

Claudio Virgentin
Secretário Municipal de Administração

RECEBEMOS DE	NOVAMED HOSPITALAR LTDA	PED.: 1100000404	206844	NF-e
OS PRODUTOS	INSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO			Nº. 206844
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR			SÉRIE 1

 inovamed hospitalar	Identificação do Emitente NOVAMED HOSPITALAR LTDA RUA DR. JOÃO CARUSO - 2115 - DISTRITO INDUSTRIAL - ERECHIM - RS - 99706-250 Telefone: (54) 2106-7930 E-mail: inovamed@inovamedhospitalar.com	DANF-e Documento Auxiliar da Nota Fiscal 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº. 206844 SÉRIE 1 FL 1 of 1	 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal CHAVE DE ACESSO 4322 0612 8890 3500 0102 5500 1000 2068 4412 0856 2186
--	--	--	---

NATUREZA DE OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA ADQ OU RECEB DE TERC, DEST A NAO CONTRIB			
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0390157570	INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTARIO 0990597456	CNPJ 12.889.035/0001-02	Protocolo de Autorização(Data e Hora) 143220122758418 08/06/2022 15:09:53

DESTINATÁRIO/REMETENTE NOME/RAZÃO SOCIAL 1003 MUNICIPIO DE MARIALVA		CNPJ/CPF 76.282.680/0001-45	DATA DA EMISSÃO 08/06/2022
LOGRADOURO RUA SANTA EFIGENIA	NÚMERO 680	COMPLEMENTO CENTRO	DATA DA ENTRADA/SAÍDA 08/06/2022
CEP 86990-000	MUNICÍPIO MARIALVA	Telefone/Fax (44)3232-8383	UF PR
INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DE SAÍDA	

Nº 1	Venc. 08/07/22	Valor 272,20
---------	-------------------	-----------------

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DE ICMS 272,20	VALOR DO ICMS 32,66	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST. 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 272,20	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	VALOR DO DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 272,20

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL B. TRANSPORTES LTDA	FRETE POR CONTA 0 - Emitente	CÓDIGO ANTT PC 1234	UF RS	CNPJ/CPF 04.353.469/0033-42	
LOGRADOURO RUA ALFREDO WEISS, 30 - BOEHMRWALD	MUNICÍPIO SAO BENTO DO SU	UF SC	INSCRIÇÃO ESTADUAL 254954324		
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO 1	PESO BRUTO 0,21	PESO LÍQUIDO 0,21

ENDEREÇO DE ENTREGA						
LOGRADOURO Av Mario Gallo	NÚMERO 848	COMPLEMENTO	BAIRRO JD HAMADA	CEP 86990-000	MUNICÍPIO Marialva	UF PR

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS														
Cód.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QTD	V. UN.	V. TOTAL	FMC	BC. ICMS	V. ICMS	ALIQ. ICMS	BC. ICMS ST	V. ICMS ST
2261	NITROP 25 MG/ML 2 ML AMP (S) NITROPRUSSETO DE SODIO PRINCIPIO ATIVO: NITROPRUSSETO DE SODIO CX C/5 AMP FAB: HYPOFARMA SIMI (PO) EAN: 7898122912843 FCI: FAB: 10/09/2021 VAL: 30/09/2023 LT: 21091661 BASE ST UN: 0.000 VALOR ST: 0.000 REG. MS: 1038700120011	30039099	000	6108	AM	20	13,61	272,20	0,00	272,20	32,66	12,00	0,00	0,00
FIM DOS PRODUTOS								272,20						
CARO CLIENTE, É OBRIGATÓRIA A CONFERÊNCIA DOS VOLUMES/AVARIAS NO ATO DA ENTREGA. FAVOR RESSALVAR O CONHECIMENTO EM CASO DE DIVERGÊNCIA. RECLAMAÇÕES POSTERIORES NÃO SERÃO ACEITAS. <i>Jose Orlando Benedetti Villa</i> Secretário Municipal de Saúde Dócio 5.837/17 AQUISIÇÃO - de acordo com: ☐ CONVITE ☐ TOMADA DE PREÇO ☐ CONCORRÊNCIA ☒ PREGÃO ☐ DISPENSA ☐ INEXIGIBILIDADE Nº 118-21 DE 11/06/22														

CÁLCULO DO ISSQN			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DE ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS		
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: VALOR TOTAL DOS TRIBUTOS, CONFORME LEI DA TRANSPARENCIA R\$: 49.00 (18.00%) HORARIO DE ENTREGA: / LIC 20169_EMP_NAD_4396/2022_PE_118/2021_PROC_1090/ /2021_CONTRATO_507/2021 LIC 20169_PE_118/2021_NAD_4 OBSERVAÇÃO: DEPOSITO BANCO DO BRASIL AG 132-5 CC 161027-9-Pix BB: 12.889.035/0001-02 - PIX CAIXA: SEDINEI@INOVAMED-RS.COM.BR RETENCAO DE 1,2% DE IR CFE. IN RFB N.º 1234/2012 NO VALOR DE R\$ 3.27 VALORES TOTAIS DO ICMS INTERESTADUAL: DIFAL DA UF DESTINO R\$16.33 + FCP R\$0.00; DIFAL DA UF ORIGEM R\$0.00.		RESERVADO AO FISCO
Nº COMPRA: 10909 11/06/22 Talita P. C. Chierito Farmacêutica CRF: 31704		
MEDICAMENTOS GENERICOS (GEN) - MEDICAMENTOS SIMILARES (SIMI) - MEDICAMENTOS CORRELATOS (CORREL) - MEDICAMENTOS ETICOS (ETIC) OS LAUDOS PODEM SER IMPRESSOS NO SITE WWW.INOVAMEDHOSPITALAR.COM "SR. TRANSPORTADOR, favor agendar horário de entrega"		

1. *[Faint, illegible text]*
2. *[Faint, illegible text]*
3. *[Faint, illegible text]*
4. *[Faint, illegible text]*
5. *[Faint, illegible text]*
6. *[Faint, illegible text]*
7. *[Faint, illegible text]*
8. *[Faint, illegible text]*
9. *[Faint, illegible text]*
10. *[Faint, illegible text]*



Comprovante de Entrega

CEDENTE INOVAMED HOSPITALAR LTDA		AGÊNCIA/CÓDIGO CEDENTE 0217.45.00384	MOTIVOS DE NÃO ENTREGA (PARA USO DA EMPRESA ENTREGADORA) ☐ Mudou-se ☐ Ausente ☐ Não existe no indicado	
SACADO MUNICIPIO DE MARIALVA		NOSSO NÚMERO 22/374774-7	☐ Recusado ☐ Não procurado ☐ Falecido	
VENCIMENTO 08/07/2022	Nº DO DOCUMENTO 206844-1	VALOR DO DOCUMENTO 272,20	☐ Desconhecido ☐ Endereço insuficiente ☐ Outros (anotar no verso)	
Recebi(emos) o bloquete de característica acima	DATA	ASSINATURA	DATA	ENTREGADOR

DESTACAR ABAIXO

**748-X**

RECIBO DO SACADO

LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DE CREDITO DO SICREDI					VENCIMENTO 08/07/2022	
CEDENTE INOVAMED HOSPITALAR LTDA					AGÊNCIA/CÓDIGO CEDENTE 0217.45.00384	
DATA DOCUMENTO 08/06/2022	NÚMERO DOCUMENTO 206844-1	ESP. DOC DI	ACEITE NAO	DATA PROCESSAMENTO 08/06/2022	NOSSO NÚMERO 22/374774-7	
	CARTEIRA 1	ESPECIE MOEDA REAL	QUANTIDADE	VALOR	(*) VALOR DO DOCUMENTO 272,20	
INSTRUÇÕES Apos Vencimento Cobrar Multa de R\$ 5,44 Apos Vencimento Cobrar Juros de R\$ 0,45 Por Dia de Atraso CONTATO: DÚVIDAS PELO FONE: (54) 2106-7930 Email: cobranças@inovamedhospitalar.com					(-) DESCONTO/ADIANTAMENTO	
					(-) OUTRAS DEDUÇÕES	
					(*) MORAMULTA	
					(*) OUTROS ACRÉSCIMOS	
					(*) VALOR COBRADO 272,20	
SACADO MUNICIPIO DE MARIALVA RUA SANTA EFIGENIA CENTRO MARIALVA PR CEP : 86990-000					76.282.680/0001-45	
SACADOR / CEDENTE						

**748-X****74891.12230 74774.702174 45003.841082 6 90400000027220**

LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DE CREDITO DO SICREDI					VENCIMENTO 08/07/2022	
CEDENTE INOVAMED HOSPITALAR LTDA					AGÊNCIA/CÓDIGO CEDENTE 0217.45.00384	
DATA DOCUMENTO 08/06/2022	NÚMERO DOCUMENTO 206844-1	ESP. DOC DI	ACEITE NAO	DATA PROCESSAMENTO 08/06/2022	NOSSO NÚMERO 22/374774-7	
	CARTEIRA 1	ESPECIE MOEDA REAL	QUANTIDADE	VALOR	(*) VALOR DO DOCUMENTO 272,20	
INSTRUÇÕES Apos Vencimento Cobrar Multa de R\$ 5,44 Apos Vencimento Cobrar 0,45 Por Dia de Atraso CONTATO:					(-) DESCONTO/ADIANTAMENTO	
					(-) OUTRAS DEDUÇÕES	
					(*) MORAMULTA	
					(*) OUTROS ACRÉSCIMOS	
					(*) VALOR COBRADO 272,20	
SACADO MUNICIPIO DE MARIALVA RUA SANTA EFIGENIA CENTRO MARIALVA PR CEP : 86990-000					76.282.680/0001-45	
SACADOR / CEDENTE						

Ficha de Compensação

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





Autenticação de Pagamento

Conta Debitada: PREFEITURA DE MARIALVA

Agência: : 22780

Conta : 9431-5 Conta Saúde - Recursos Próprios

Lote nº: 183/2022

Data : 01/07/2022

Conta Creditada INOVAMED HOSPITALAR LTDA

Banco: 1 BANCO DO BRASIL S.A.

Agência: 0132-5

Conta: 161027-9

Valor Pago: 272,20

NºAutenticação: 107C69C48D94C1C0