



# 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: 7929 / 2022 Ordinário Data: 29/09/2022 Página 1 / 1

Credor: 104696 CMH CENTRAL DE MEDICAMENTOS HOSPITALARES EIRELI - ME

Endereço: - - C.E.P. - -

C.N.P.J.: 23.228.076/0001-74 Insc. Est.:

Banco: 748 - BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A. - BANSICREDIAg.: 0718- Conta: 73729-8

Orgão: 07. SECRETARIA MUN. DE SAÚDE  
Unidade: 07.002. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS  
Prog. Trabalho: 10.301.0008.2.050. PROGRAMA DE ATENÇÃO BÁSICA  
Elemento Desp.: 3.3.9.0.30.00.00. MATERIAL DE CONSUMO  
Reduzido: 512  
F. de Recurso: 41494 154-0 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - 41494  
Desdobramento: 09 00 MATERIAL FARMACOLÓGICO

Tipo de Licitação:  
Pregão  
Nº Licitação.....: 44/2022  
Nº NAD.....: 7896  
Nº Convênio:/

| Dotação Inicial | Saldo Anterior | Valor | Saldo Atual |
|-----------------|----------------|-------|-------------|
| 0,00            | 613,14         | 84,00 | 529,14      |

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    | 10,00 | FR/B | MANITOL 20%. FRASCO OU BOLSA SISTEMA FECHADO COM 250 ML.<br>CODIGO: BR0299675 | 8,40          | 84,00      |

| Local de Entrega | Total Retenções: | 0,00 | Total Liq. Empenho: | 84,00 |
|------------------|------------------|------|---------------------|-------|
|------------------|------------------|------|---------------------|-------|

Empenhado por:

Eduardo Nascimento

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

VICTOR CELSO MARTINI  
Prefeito Municipal

DIORGINY GONÇALVES DE FARIA  
Contador CRC-PR 067844/O-8  
Prefeitura Municipal  
de Marialva

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

Banco

Nº da Conta

27 FEV. 2023

Nº do Cheque

Credor: CMH CENTRAL DE MEDICAMENTOS HOSPITAL  
C.N.P.J.: 23.228.076/0001-74

PAGO



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

## NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE DESPESA

**7896 / 2022**

**Espécie:**

**Data Emissão: 19/09/2022**

**Página 1 / 1**

**FORNECEDOR:** 104696 - CMH CENTRAL DE MEDICAMENTOS HOSPITALAR

**CNPJ:** 23.128.076/0001-74

**Insc. Estadual:**

**ENDEREÇO:**

**BAIRRO:** CIDADE: -

**CEP:**

**TELEFONE:** E-MAIL:

**Processo:** /

**Nº Solicitação:** 9.282/2.022

**Modalidade:** Pregão

**Nº Licitação:** 44/2022

**Nº Contrato:** 179/2022

**Data Publicação:** 20/06/2022

**ID Contrato:** 2022179

**Loc./Interv. Obra:** /

**Cód. Bem:**

**Subvenção:** /

**Empenho:** 7.929/2.022

**Órgão:** 07 SECRETARIA MUN. DE SAÚDE  
**Unid. Orçamentária:** 07.002 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

**Função:** 10 Saúde

**Sub Função:** 301 Atenção Básica

**Programa:** 0008 SAÚDE NINGUÉM FICA SEM

**Projeto/Atividade:** 2050 PROGRAMA DE ATENÇÃO BÁSICA

**Nat. da Despesa:** 3.3.90.30 MATERIAL DE CONSUMO

**Desdobramento:** 09 MATERIAL FARMACOLÓGICO

**SubDesdobramento:** 00

**Fonte de Recurso:** 41494 154-0 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Estado

**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:** 7 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             | 100134 | MANITOL 20%. FRASCO OU BOLSA SISTEMA FECHADO COM 250 ML.<br>CODIGO: BR0299675 - Marca: HALEX ISTAR HALEX ISTAR | FR/BOL  | 10,00      | 8,400         | 84,000       |
| <b>Total:</b> |        |                                                                                                                |         |            |               | <b>84,00</b> |

*João Orlando dos Santos*  
Secretário Municipal de Saúde  
Decreto 5.637/17  
Marialva-PR

FABIANA CRISTINA PICÃO ROSSE.  
Responsável pela Elaboração

Claudio Virgentin  
Secretário Municipal de Administração

**CMH - CENTRAL DE MEDICAMENTOS HOSPITALARES - EIRELI**R DOUTOR MARIO CLAPIER URBINATTI, nº 1434  
JARDIM CANADA - MARINGÁ/PR  
CEP 87.080-120 FONE: (44) 3255-3774**DANFE**  
Documento Auxiliar da  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº 000.023.293

SÉRIE: 1

FOLHA: 1/1

**CHAVE DE ACESSO**

4123 0123 2280 7600 0174 5500 1000 0232 9314 2429 3109

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 ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCEIROS

**PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO**

141230020540758 25/01/2023 10:00:37

**INSCRIÇÃO ESTADUAL**

907.03460-76

**INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTÁRIO****CNPJ**

23.228.076/0001-74

**DESTINATÁRIO/REMETENTE****NOME/RAZÃO SOCIAL**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA

**CNPJ/CPF/Estrangeiro**

76.282.680/0001-45

**DATA DE EMISSÃO**

25/01/2023

**ENDEREÇO**

RUA SANTA EFIGENIA, 680

**Bairro/Distrito**

CENTRO

**CEP**

86990-000

**DATA DE SAÍDA/ENTRADA**

25/01/2023

**MUNICÍPIO**

MARIALVA

**FONE/FAX**

(44)3232-8383

**UF**

PR

**INSCRIÇÃO ESTADUAL****HORA DE SAÍDA**

10:00:39

**FATURA/DUPLICATA**

001 24/02/2023 R\$ 84,00

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS   | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|-------------------------|-----------------|--------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 0,00                    | 0,00            | 0,00                                 | 0,00                       | 22,47                         | 84,00                    |
| 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                          | 84,00                    |

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO   | UF         | CNPJ/CPF     |
|--------------|-----------------|-------------|--------------------|------------|--------------|
|              | 0-Rem (CIF)     |             |                    |            |              |
| ENDEREÇO     | MUNICÍPIO       | UF          | INSCRIÇÃO ESTADUAL |            |              |
|              |                 |             |                    |            |              |
| QUANTIDADE   | ESPECIE         | MARCA       | NUMERAÇÃO          | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
| 1            | VOLUME          |             |                    |            |              |

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO**

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO                                                                                                 | NCM/SH   | GST | CFOP | UNID. | QUANT. | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | BC ICMS | VALOR ICMS | ALIQ. ICMS | VLR APROX. TRIBUTOS |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|-------|--------|----------------|-------------|---------|------------|------------|---------------------|
| 9938           | MANITOL 20% 250ML FRASCO SANOBIOLO<br>cProdANVISA=1049100120111 PMC=0,00<br>Lote=957722 Qtd=10 Fab=07/01/2022 Val=07/01/2024 | 30049099 | 060 | 5403 | FR    | 10     | 8,40           | 84,00       | 0,00    | 0,00       | 0          | 22,47               |

**AQUISIÇÃO - de acordo com**

- ☐ CONVITE  
☐ TOMADA DE PREÇO  
☐ CONCORRÊNCIA  
☒ PREGÃO  
☐ DISPENSA  
☐ INEXIGIBILIDADE

Nº 44-22 DE 19/06/22

15843  
27/10/22  
Fabiana Rosse  
Farmaceutica  
CRF 21 746José Orlando Pinchetti V  
Secretário Municipal de Saúde  
Decreto 51637/17  
Marialva-PR**CÁLCULO DO ISSQN**

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

**DADOS ADICIONAIS****INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE DESPESA Nº 7896/2022  
ENDEREÇO DE ENTREGA: AV. MARIO GALLO, Nº 848 (PRONTO ATENDIMENTO)  
VAL. APROX. DOS TRIBUTOS FEDERAIS: R\$ 22,47, ESTADUAIS: R\$ 0,00. Total: R\$ 22,47.  
Fonte: IBPT.  
ICMS RECOLHIDO ANTECIPADAMENTE SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA  
BANCO SICREDI AG:0718 C.C 73729-8**RESERVADO AO FISCO**

Recebemos de CMH CENTRAL DE MEDICAMENTOS HOSPITALARES EIRELI ME, os produtos constantes da nota fiscal indicada ao lado: Data de emissão: 25/01/2023, Valor Total: R\$84,00, Destinatário: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA RUA SANTA EFIGENIA, 680 - CENTRO - MARIALVA/PR

NF-e

Nº 000.023.293

SÉRIE: 1

**DATA DE RECEBIMENTO****IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR**

23/02/2023

- BANCO DO BRASIL -

6:07:42

**COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA****FORMA DE PAGAMENTOS: TED - OUTRA TITULARIDADE****CLIENTE: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE****AGÊNCIA: 2278-0****CONTA: 00.000.013.371-X****DATA DA TRANSFERÊNCIA:****17/02/2023****NÚMERO DO DOCUMENTO:****45-200000000****VALOR TOTAL:****84,00****\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA :****CLIENTE: CMH CENTRAL DE MEDICAMENTOS HO****BANCO : 748 - SICREDI****AGÊNCIA : 071-8****CONTA : 000000737298****Nr. Autenticação: 5.24C.15A.498.2AC.4BA**