



Prefeitura Municipal de Marialva  
CNPJ 76.282.680/0001-45  
SANTA EFIGÊNIA, 680 - Centro - CEP 86990000  
(44) 3232-8383

NOTA DE LIQUIDAÇÃO DE EMPENHO

Nº do Empenho: 1141/2023 Ordinário Nº da Liquidação: 4674/2023 Data: 18/07/2023 Página: 1 / 1

Credor: 72147 - INOVAMED HOSPITALAR LTDA

Endereço:

C.N.P.J.: 12.889.035/0001-02

Insc. Est.:

Banco: 1 - BANCO DO BRASIL S.A

Ag: 0132-5

Conta: 161027-9

Órgão: 07 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Unidade: 07002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

Prog. Trabalho: 10.302.0008.2052 - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

Elemento Desp.: 3.3.90.30.00.00 - MATERIAL DE CONSUMO

F. de Recurso: 1303 - SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (EC 29/00 - 15%) - EXERCÍCIO CORRENTE

Processo:

Tipo de Licitação: Pregão

Nº Licitação: 13

Valor do Empenho

1.396,20

Saldo Anterior Empenho

1.396,20

Valor Liquidado

1.163,50

Saldo Atual Empenho

232,70

Motivo: Liquidação de Empenho Orçamentário -

| ITEM | QTD   | UN                        | ESPECIFICAÇÃO                           | VLR. UNITÁRIO |
|------|-------|---------------------------|-----------------------------------------|---------------|
| 1    | 250.0 | Outras Unidades e Medidas | HEMITARTARATO DE NOREPINEFRINA 2 MG/ML. | 4,65          |

| DOCUMENTOS FISCAIS     | Nº DOCUMENTO | VALOR    | SÉRIE | DATA       |
|------------------------|--------------|----------|-------|------------|
| NOTA FISCAL ELETRÔNICA | 282266       | 1.163,50 | 1     | 03/07/2023 |

DESCONTOS / RETENÇÕES

VALOR

Total de descontos: 0,00

Valor líquido a pagar: 1.163,50

Nº Nota Fiscal

Data de Entrada no Almoxarifado

Data do Empenho

/

13/02/2023

Liquidado por

Ordenado por

EDUARDO NASCIMENTO

JOSÉ ORLANDO BENEDETTI VILLA



Prefeitura Municipal de Marialva

76.282.680/0001-45

PR

2023

OK

mp

03/03

2023

Pagamento parcial

### ORDEN DE COMPRA 1073/2023

|                                                       |                                 |                                    |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Tipo de Nota: Ordinário                               | Data: 13/02/2023                | Contrato: 102/2022                 |
| Licitação Número/Ano: 13/2022                         | Data de Vencimento: 07/04/2023  |                                    |
| Modalidade: Pregão                                    | Tipo Objeto: Compras e Serviços | E: 114L                            |
| Entidade Proc. Lic.: Prefeitura Municipal de Marialva |                                 | Elaborado Por: Integração - legado |
| Informações do Fornecedor                             |                                 |                                    |

Razão Social: INOVAMED HOSPITALAR LTDA

Cidade: null - null

Endereço: null nº: null

Telefone Comercial: (54)2106-7930

E-Mail:

CPF/CNPJ: 12.889.035/0001-02

Insc.Est.:

Bairro:

Fax:

#### Dotações Orçamentária

Reduzido: 194

Dotação: 0700210302000820523390300000 - MATERIAL FARMACOLÓGICO

Órgão/Unidade: 07.002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

Ação: 2052 - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

Elemento: 3390300900 - MATERIAL FARMACOLÓGICO

Vínculo: 1303 - SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (EC 29/00 - 15%) - EXERCÍCIO CORRENTE

#### Finalidade

Aquisição de material médico hospitalar, instrumentais, medicamentos e produtos classificados como cosméticos, para atender a demanda da Secretaria Municipal de Saúde

#### Histórico

| Item   | Descrição                                                        | Marca                                       | Unidade | Qtd. | Valor  | Valor Total  |
|--------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------|------|--------|--------------|
| 100124 | HEMITARTARATO<br>NOREPINEFRINA 2<br>AMPOLA COM 4ML.<br>BR0442584 | DE Hypofarma Hypofarma<br>MG/ML.<br>CODIGO: | AMPOLA  | 300  | 4,6540 | R\$ 1.396,20 |

F230

Valor Acréscimo: R\$ 0,00

Valor Desconto: R\$ 0,00

Total Geral:

R\$ 1.396,20

José Orlando Condeotti Ville  
Secretário Municipal de Saúde  
Decreto 5.897/17

RECEBEMOS, DE INOVAMED HOSPITALAR LTDA

OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

PED.: 1230000004



NF-e

Nº. 282266

SÉRIE 1

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

282266

Identificação do Emitente  
**INOVAMED HOSPITALAR LTDA**  
RUA DR. JOÃO CARUSO - 2115 - DISTRITO INDUSTRIAL - ERECHIM - RS - 99708-250  
Telefone: (54) 2106-7930  
E-mail: inovamed@inovamedhospitalar.com

**DANF-e**  
Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

Nº. 282266

SÉRIE 1

FL 1 of 1



Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal

CHAVE DE ACESSO

4323 0712 8890 3500 0102 5500 1000 2822 6611 7025 2100

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)

143230148656604

03/07/2023 16:37:05

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

1003 MUNICIPIO DE MARIALVA

CNPJ/CPF

76.282.680/0001-45

DATA DA EMISSÃO

03/07/2023

LOGRADOURO

RUA SANTA EFIGENIA

NÚMERO

680

COMPLEMENTO

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

03/07/2023

CEP

86990-000

MUNICÍPIO

MARIALVA

Telefone/Fax

(44)3232-8383

UF

PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA

Nº 1  
Venc. 02/08/23  
Valor 1.163,50

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS

1.163,50

VALOR DO ICMS

139,62

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST.

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

1.163,50

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

1.163,50

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

B. TRANSPORTES LTDA

FRETE POR CONTA

0 - Emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

PC 1234

UF

RS

CNPJ/CPF

04.353.469/0033-42

LOGRADOURO

RUA ALFREDO WEISS, 30 - BOEHRMWALD

MUNICÍPIO

SAO BENTO DO SU

UF

SC

INSCRIÇÃO ESTADUAL

254954324

QUANTIDADE

1

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

1

PESO BRUTO

2,00

PESO LÍQUIDO

2,00

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 | PMC  | BC. ICMS | V. ICMS | ALIQ. ICMS | BC. ICMS ST | V. ICMS ST |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|-----|-----|--------|----------|------|----------|---------|------------|-------------|------------|
| 1550             | NOREPINEFRINA 2 MG/ML 4 ML AMP (G) HEMITART DE PRINCÍPIO ATIVO: HEMITART DE NOREPINEFRINA CX C/50 AMP FAB: HIPOLABOR GEN (PO) EAN: 7898123907817 FCI: 38622A6F-BD93-4E87-B354-42FB1C1E9B96 FAB: 16/11/2022 VAL: 30/10/2024 LT: AB-032/22M BASE ST UN: 0,000 VALOR ST: 0,000 REG. MS: 1134301260032 | 30049099 | 000 | 6108 | AM  | 50  | 4,654  | 232,70   | 0,00 | 232,70   | 27,92   | 12,00      | 0,00        | 0,00       |
| 1550             | NOREPINEFRINA 2 MG/ML 4 ML AMP (G) HEMITART DE PRINCÍPIO ATIVO: HEMITART DE NOREPINEFRINA CX C/50 AMP FAB: HIPOLABOR GEN (PO) EAN: 7898123907817 FCI: 38622A6F-BD93-4E87-B354-42FB1C1E9B96 FAB: 01/04/2023 VAL: 30/09/2024 LT: AB-010/23M BASE ST UN: 0,000 VALOR ST: 0,000 REG. MS: 1134301260032 | 30049099 | 000 | 6108 | AM  | 200 | 4,654  | 930,80   | 0,00 | 930,80   | 111,70  | 12,00      | 0,00        | 0,00       |
| FIM DOS PRODUTOS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |     |      |     |     |        | 1.163,50 |      |          |         |            |             |            |

CARO CLIENTE, É OBRIGATORIA A CONFERÊNCIA DOS VOLUMES/AVARIAS NO ATO DA ENTREGA. FAVOR RESSALVAR O CONHECIMENTO EM CASO DE DIVERGÊNCIAS. RECLAMAÇÕES POSTERIORES NÃO SERÃO ACEITAS.

Jose Orlando Bandeira Filho  
Secretário Municipal de Saúde  
Data: 05/03/23

Alessandra de Souza Costa  
Farmacêutica  
CRF/PR 29913  
06/03/23

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

VALOR TOTAL DOS TRIBUTOS, CONFORME LEI DA TRANSPARENCIA R\$: 221.07 (19.00%)

HOR DE RECEBIMENTO: / / LIC 21136\_EMP\_OC 1073/2023\_PE 13/2022\_PROC 76/2022 / CONTRATO 102/2022

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\$ 13.96

VALORES TOTAIS DO ICMS INTERESTADUAL: DIFAL DA UF DESTINO R\$81.45 + FCP R\$0.00; DIFAL DA UF ORIGEM R\$0.00.

RESERVADO AO FISCO

Aquisição - De acordo

TOMADA DE PREÇO

CONCORRÊNCIA

PREGAO

DISPENSA

INEXIGIBILIDADE

Nº 13-22 DE 0x/04/22

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"



## Comprovante de Entrega

|                                                 |                                    |                                                |                                                           |                                                                                  |
|-------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| CEDENTE<br><b>INOVAMÉD HOSPITALAR LTDA</b>      |                                    | AGÊNCIA/CÓDIGO CEDENTE<br><b>0217.45.00384</b> | MOTIVOS DE NÃO ENTREGA ( PARA USO DA EMPRESA ENTREGADORA) |                                                                                  |
| SACADO<br><b>MUNICÍPIO DE MARIALVA</b>          |                                    | NOSSO NÚMERO<br><b>23/424119-0</b>             | <input type="checkbox"/> Mudou-se                         | <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não existe no Indicado |
| VENCIMENTO<br><b>02/08/2023</b>                 | Nº DO DOCUMENTO<br><b>282266-1</b> | VALOR DO DOCUMENTO<br><b>1.163,50</b>          | <input type="checkbox"/> Recusado                         | <input type="checkbox"/> Não procurado <input type="checkbox"/> Falecido         |
| Recebi(emos) o bloquete de característica acima |                                    | DATA                                           | ASSINATURA                                                | DATA                                                                             |
|                                                 |                                    |                                                |                                                           | ENTREGADOR                                                                       |

DESTACAR ABAIXO

**748-X**

## RECIBO DO SACADO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                       |                      |                                         |                                                |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------|--|
| LOCAL DE PAGAMENTO<br><b>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DE CREDITO DO SICREDI</b>                                                                                                                                                                                     |                                     |                       |                      |                                         | VENCIMENTO<br><b>02/08/2023</b>                |  |
| CEDENTE<br><b>INOVAMED HOSPITALAR LTDA</b>                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                       |                      |                                         | AGÊNCIA/CÓDIGO CEDENTE<br><b>0217.45.00384</b> |  |
| DATA DOCUMENTO<br><b>03/07/2023</b>                                                                                                                                                                                                                                               | NÚMERO DOCUMENTO<br><b>282266-1</b> | ESP. DOC<br><b>DI</b> | ACEITE<br><b>NAO</b> | DATA PROCESSAMENTO<br><b>03/07/2023</b> | NOSSO NÚMERO<br><b>23/424119-0</b>             |  |
| CARTERA<br><b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                               | ESPECIE MOEDA<br><b>REAL</b>        | QUANTIDADE            | VALOR                |                                         | =) VALOR DO DOCUMENTO<br><b>1.163,50</b>       |  |
| INSTRUÇÕES<br><br>Apos Vencimento Cobrar Multa de R\$ 23,27<br>Apos Vencimento Cobrar Juros de R\$ 1,94 Por Dia de Atraso<br><br>CONTATO:<br>DUVIDAS PELO FONE: (54) 2106-7930<br>Email: <a href="mailto:coibrancas@inovamedhospitalar.com">coibrancas@inovamedhospitalar.com</a> |                                     |                       |                      |                                         | - ) DESCONTO/ADIANTAMENTO                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                       |                      |                                         | - ) OUTRAS DEDUÇÕES                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                       |                      |                                         | + ) MORAMULTA                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                       |                      |                                         | + ) OUTROS ACRÉSCIMOS                          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                       |                      |                                         | =) VALOR COBRADO<br><b>1.163,50</b>            |  |
| SACADO<br><b>MUNICÍPIO DE MARIALVA</b><br><b>RUA SANTA EFIGENIA</b><br><b>CENTRO</b><br><b>MARIALVA</b><br><b>PR</b><br><b>CEP : 86990-000</b>                                                                                                                                    |                                     |                       |                      |                                         | 76.282.680/0001-45                             |  |
| SACADOR / CEDENTE                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                       |                      |                                         |                                                |  |

**748-X****74891.12347 24119.002178 45003.841041 1 94300000116350**

|                                                                                                                                                |                                     |                       |                      |                                         |                                                |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------|--|
| LOCAL DE PAGAMENTO<br><b>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DE CREDITO DO SICREDI</b>                                                  |                                     |                       |                      |                                         | VENCIMENTO<br><b>02/08/2023</b>                |  |
| CEDENTE<br><b>INOVAMED HOSPITALAR LTDA</b>                                                                                                     |                                     |                       |                      |                                         | AGÊNCIA/CÓDIGO CEDENTE<br><b>0217.45.00384</b> |  |
| DATA DOCUMENTO<br><b>03/07/2023</b>                                                                                                            | NÚMERO DOCUMENTO<br><b>282266-1</b> | ESP. DOC<br><b>DI</b> | ACEITE<br><b>NAO</b> | DATA PROCESSAMENTO<br><b>03/07/2023</b> | NOSSO NÚMERO<br><b>23/424119-0</b>             |  |
| CARTERA<br><b>1</b>                                                                                                                            | ESPECIE MOEDA<br><b>REAL</b>        | QUANTIDADE            | VALOR                |                                         | =) VALOR DO DOCUMENTO<br><b>1.163,50</b>       |  |
| INSTRUÇÕES<br><br>Apos Vencimento Cobrar Multa de R\$ 23,27<br>Apos Vencimento Cobrar 1,94 Por Dia de Atraso<br>CONTATO:                       |                                     |                       |                      |                                         | - ) DESCONTO/ADIANTAMENTO                      |  |
|                                                                                                                                                |                                     |                       |                      |                                         | - ) OUTRAS DEDUÇÕES                            |  |
|                                                                                                                                                |                                     |                       |                      |                                         | + ) MORAMULTA                                  |  |
|                                                                                                                                                |                                     |                       |                      |                                         | + ) OUTROS ACRÉSCIMOS                          |  |
|                                                                                                                                                |                                     |                       |                      |                                         | =) VALOR COBRADO<br><b>1.163,50</b>            |  |
| SACADO<br><b>MUNICÍPIO DE MARIALVA</b><br><b>RUA SANTA EFIGENIA</b><br><b>CENTRO</b><br><b>MARIALVA</b><br><b>PR</b><br><b>CEP : 86990-000</b> |                                     |                       |                      |                                         | 76.282.680/0001-45                             |  |
| SACADOR / CEDENTE                                                                                                                              |                                     |                       |                      |                                         |                                                |  |

Ficha de Compensação

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



**Autenticação de Pagamento**

**Conta Debitada:** PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA  
**Agência:** 2278-0  
**Conta:** 9431-5 - Conta Saúde - Recursos Próprios  
**Lote nº:** 2216/2023  
**Data:** 31/07/2023

**Conta Creditada:** INOVAMED HOSPITALAR LTDA  
**Banco:** 1 - BANCO DO BRASIL S.A  
**Agência:** 0132-5  
**Conta:** 161027-9  
**Valor Pago:** 1.163,50  
**Nº Autenticação:** 8C21CD0D16F73233