

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CNPJ: 09.323.218/0001.51

**NOTA DE EMPENHO**

Nº DO EMPENHO/TIPO 005067/2016 Ordinario		RECURSO Orcamentario			
ÓRGÃO 07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE		UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE			
DOTAÇÃO 103020021.2.057.339032030000 MATERIAL, BEM OU SERV		Nº CONTA 479	COD. DESDOBR. 1681		
CREDOR 4587 AGIL DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS		CNPJ 20.590.555/0001-48			
ENDEREÇO AV. PREFEITO GUIOMAR DE JESUS		FONE (46)35236613	CIDADE FRANCISCO BELTRAO		
LICITAÇÃO Pregao Presencial	NÚMERO 10	CONVÊNIO	CONTRATO 1884		
		EMIÇÃO 21.07.16	VENCIMENTO 21.07.16		
VALOR ORÇADO 7.000,00	SALDO ANTERIOR 2.271	VALOR DO EMPENHO 890,00	SALDO ATUAL 1.381,20		
ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE AQUISICAO D CPR ALENDRONATO SODICO 70MG C/300. LOTE: 16285.	665,00	665,00
	1		900 CPR CLORPROMAZINA CLOR CPR C/100. LOTE: 1526102	225,00	225,00
FONTE DE RECURSO 498 Assistencia Farmaceutica				TOTAL LÍQUIDO	890,00
NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Assistencia Farmaceutica				TOTAL BRUTO	890,00
EMITIDO		VISTO		AUTORIZO A DESPESA	
FUNCCIONARIO		LOIDIR SALVI CRC 32.667/0		SECRETÁRIO	
CONTADORA					
ORDEM DE PAGAMENTO PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.  _____ DE _____ DE _____  TESOURARIA				RECIBO 6829 R\$ DECLARO (AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI (EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTE EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA QUAL DOU (AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITACÃO. 25 DE 08 DE 16  CREDOR	
BANCO Nº CHEQUE				Nº DA CONTA 624009.9 ANOTAÇÕES	

Receber de Agil Distribuidora De Medicamentos Ltda - Me os produtos constantes na nota fiscal ao lado

Data do Recebimento: \_\_\_\_\_ Identificação e Assinatura do Recebedor: \_\_\_\_\_

NFe nº **00.003.143**  
Série **001**



**Agil Distribuidora De Medicamentos Ltda - Me**  
Av Prefeito Guiomar De Jesus Lopes 418  
Cristo Rei - FRANCISCO BELTRAO/PR  
Fone: (46)3523-6613 - CEP: 85.602-510

**DANFE**  
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

**1 - SAÍDA**  
Nº: **00.003.143**  
Série: **001**  
Folha: **1 de 1**



Chave de Acesso  
**4116.0720.5905.5500.0148.5500.1000.0031.4310.0003.1439**

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 MERCADORIAS ADQUIR/RECEB DE TERCEIROS**

Inscrição Estadual ou RG: **90676239-05** Inscrição Estadual do Substituto Tributário: \_\_\_\_\_

Protocolo e Data de Autorização de Uso: **141160114794238 22/07/2016 18:15:59**

CNPJ ou CPF: **20.590.555/0001-48**

**DESTINATÁRIO OU REMETENTE**

Nome ou Razão Social: **Município De Itapejara D'oeste-pr**

Endereço: **Av Manoel Ribas, 620**

Cidade: **ITAPEJARA D'OESTE** Fone: **(46)3526-8300** Estado: **PR**

Bairro/Distrito: **Centro** CEP: **85.580-000**

CNPJ ou CPF: **000274 76.995.430/0001-52** Data de Emissão: **22/07/2016**

Inscrição Estadual ou RG: **Isento** Data de Saída/Entrada: **22/07/2016**

Hora da Saída/Entrad: \_\_\_\_\_

**Duplicatas**

1	12/08/2016	R\$ 890,00
---	------------	------------

**Impostos e Tributação**

Base de Cálculo do ICMS	0,00	Valor do ICMS	0,00	Base de Cálculo do ICMS ST	0,00	Valor do ICMS ST	0,00	Valor Aprox. Impostos (% e R\$)	24,73 %	220,08	Valor Total dos Produtos	890,00
Frete	0,00	Seguro	0,00	Descontos	0,00	Outras Despesas	0,00	Valor do IPI	0,00	Valor Total da Nota	890,00	
Fundo Combate Pobreza	0,00	Partilha ICMS UF Destino	0,00	Partilha ICMS UF Remetente	0,00							

**TRANSPORTADOR/VOLUMES**

Razão Social: **Agil Distribuidora De Medicamentos Ltda**

Endereço: **Av. Pref Guiomar De Jesus Lopes, 418**

Cidade: **FRANCISCO BELTRAO**

UF: **PR** CNPJ: **20.590.555/0001-48**

UF: **PR** Inscrição Estadual ou RG: \_\_\_\_\_

Quantidade: **1** Espécie: **Caixa** Marca: \_\_\_\_\_ Numeração: \_\_\_\_\_

Peso Bruto: **4,000** Peso Líquido: **4,000**

**Produtos**

Código	Descrição do Produto	NCM/SH	CST	CFOP	Apres.	Qtde	Valor Unitário	Desconto	Valor Total	B. C. ICMS	Valor ICMS	Valor IPI	% ICMS	% IPI
0001671	ALENDRONATO SODICO 70MG CPR C/300 Lote: 16285 Qtde: 800,000 Fab.: 01/06/2016 Val.: 30/06/2019	30049099	000	5102	CPR	1.900,00	0,3500	0,00	665,00	0,00	0,00	0,00	00	00
0001904	CLORPROMAZINA CLOR 100MG CPR C/100 Lote: 1528102 Qtde: 0,000 Fab.: 01/01/2016 Val.: 30/09/2017	30049079	000	5102	CPR	900,00	0,2500	0,00	225,00	0,00	0,00	0,00	00	00

**Cálculo do ISSQN**

Inscrição Municipal: \_\_\_\_\_ Valor Total dos Serviços: \_\_\_\_\_

Base de Cálculo do ISSQN: \_\_\_\_\_ Valor do ISSQN: \_\_\_\_\_

**Dados Adicionais**

Informações Complementares: RECLAMAÇÕES E/OU SUGESTÕES TELEFONE (46)3055-2151.\*\*\*PGTO: BANCO 756-BANCOOB SICOOB - AG 4342 C/C 4235-8\*\*\*

ISENTO DE ICMS CFE ANEXO I ITEM 80 DO RICMS/PR, ATRAVES DO DECRETO N 3048/15 DE 16/12/2015. COM BASE NO CONVENIO CONFAZ ICMS 87/2002, PRORROGADO PELO CONVENIO CONFAZ 107/15. PREGÃO PRESENCIAL Nº 10/2016.

Reservado ao Fisco: \_\_\_\_\_