

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CNPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO	RECURSO
005804/2017 Ordinário	Orcamentario

ORGÃO	UNIDADE ORÇAMENTÁRIA				
07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE	02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE				
DOTAÇÃO	Nº CONTA	COD. DESDOBR.			
103020021.2.057.339032030000 MATERIAL, BEM OU SERV	1558	1568			
CREDOR	CNPJ				
241 DAMEDI DAMBROS COMERCIO DE MEDICAME	95.368.320/0001-05				
ENDEREÇO	FONE	CIDADE			
RUA PARANA 299 CENTRO	(46) 32204949	PATO BRANCO			
LICITAÇÃO	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMISSÃO	VENCIMENTO
Pregão Presencial	23		2110	02.10.17	03.11.17
VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO		SALDO ATUAL	
82.302,56	35.151	5.386,92		29.764,82	


ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	4986		VALOR REFERENTE AQUISICAO D UN AMOXICILINA + CLAV DE PO 500+125MG C/ 18 CPR	1,0	5.235,30
2	266		266 UN METOCLOPRAMIDA 4MG/M MARIOL.	0,5	151,62

FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO	5.386,92
498 Assistencia Farmaceutica	TOTAL BRUTO	5.386,92
NOME DO PROJETO/ATIVIDADE		
Assistencia Farmaceutica		

EMITIDO	VISTO	AUTORIZO A DESPESA
FUNCIÓARIO	CONTADORA	SECRETÁRIO
	ANA MARIA CORTUNG PR-072160/0-4	

ORDEM DE PAGAMENTO	RECIBO 7592 R\$
PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.	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 QUITAÇÃO.
DE _____ DE _____	05 DE 10 DE 17
TESOURARIA	CREDOR

BANCO	Nº DA CONTA	ANOTAÇÕES
Nº CHEQUE	62400.9.9	

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE DAMEDI DAMBROS COMERCIO DE MEDICAMENTOS - DAMEDI RUA PARANA, 299 - CENTRO 85501-090 PATO BRANCO - PR FONE: (46) 3220-4949		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA	 CHAVE DE ACESSO 4117 1095 3683 2000 0105 5500 1000 0243 0410 0024 3040 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
---	--	--	---

NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda de Mercadoria		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 141170161981295 04/10/2017 10:01:25
INSCRIÇÃO ESTADUAL 31.603.723-29	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. 90.592.013-84	CNPJ 95.368.320/0001-05

DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL MUNICIPIO DE ITAPEJARA D OESTE -FMS		CNPJ / CPF 76.995.430/0001-52	DATA DA EMISSÃO 04/10/2017
ENDEREÇO AV.MANUEL RIBAS, 620		BAIRRO / DISTRITO CENTRO	CEP 85580-000
MUNICIPIO ITAPEJARA D'OESTE	UF PR	FONE / FAX (46) 3526-8300	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO
FATURA / DUPLICATA 15412/1 03/11/2017 5.386,92		HORA DA SAÍDA 10:01:28	

CÁLCULO DO IMPOSTO		TOTAL DOS PRODUTOS	
BASE CÁLC ICMS 0,00	VALOR ICMS 0,00	BASE CÁLC ICMS ST 0,00	VALOR ICMS ST 0,00
VALOR FRETE 0,00	VALOR SEGURO 0,00	VALOR DESCONTO 0,00	OUTRAS DESP 0,00
VALOR IPI 0,00		VALOR APROX TRIB 724,54	
TOTAL DA NOTA 5.386,92			

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA 0-EMITENTE	CODIGO ANTT	PLACA DO VEIC	UF	CNPJ / CPF
NOME / RAZÃO SOCIAL		MUNICIPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ. ICMS	V.APROX. TRIBUTOS	
4451	AMOXICILINA+CLAV DE POTASS. 500+125MG C/18CPR - SANDOZ Lote=GWS219 Val=30/11/2019 Qtde=4.986 PMC=0,00 GWS219	30041012	0102	5102	UN	4.986	1,05	5.235,30	0,00	0,00	0	704,15	
2834	METOCLOPRAMIDA 4MG/ML 10ML - MARIOL Lote=170917A Val=29/08/2019 Qtde=26e PMC=0,00 170917A	30049041	0102	5102	UN	266	0,57	151,62	0,00	0,00	0	20,39	

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES FORMA PGTO: 30 DIAS VENDEDOR(A): SUSAMARA DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL E NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI - Deve ser Identificado com CNPJ do Depositante-BANCO DO BRASIL AGENCIA: 0495-2 C.C=25900-4 LICITACAO 023/2017	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

RECEBEMOS DE DAMEDI DAMBROS COMERCIO DE MEDICAMENTOS OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO EMISSÃO: 04/10/2017 VALOR TOTAL: 5.386,92 DESTINATÁRIO: MUNICIPIO DE ITAPEJARA D OESTE -FMS - AV.MANUEL RIBAS, 620, CENTRO, 85580-000-ITAPEJARA D'OESTE-PR		NF-e 000.024.304 SÉRIE 1
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	