



# FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE MODELO MUNICIPIO DE MODELO

Santa Catarina  
Rua do Comércio, 1304, Centro  
C.E.P: 89.872-000  
C.N.P.J: 11.511.812/0001-18  
Fone: (49) 3365-3137

NOTA DE EMPENHO  
Comum

Nº DO EMPENHO/TIPO	RECURSO
001554/20 Ordinário	Orcamentario

08 - FUNDO MUNICIPAL DA SAUDE E DIRETORIA GER  
08.01 - FMS - FUNDO MUN.DA SAUDE  
10 - Saude  
301 - Atencao Basica  
0007 - VIDA SAUAVEL - ASSISTENCIA INTEGRAL A  
2.296 - MANUT.ACAO/SERV/ESTRAT.PROGR ASSISTENCIA FARMACEUTICA BASICA  
3.3.90.00 - APLICACOES DIRETAS Principal: 1713  
3.3.90.32.02.00 - MEDICAMENTOS Cod. Red.: 01722  
Fonte Rec.:0180 - RECURSOS CORONAVIRUS (COVID-19) PORTARI

**CREADOR** 3575 INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA CNPJ: 12.889.035/0001-02  
RUA RUBENS DERKS 105 CENTRO ERECHIM RS  
Banco: Agencia:8108-6 Conta:000061027-5 FONE

<b>LICITAÇÃO</b> Dispensa por Limite	<b>NÚMERO</b> 1915	<b>SOLICITAÇÃO</b>	<b>PROC. COMPRA</b> 1976	<b>EMIÇÃO</b> 04.11.20	<b>VENCIMENTO</b> 09.11.20
<b>VALOR ORÇADO</b> 30.000,00	<b>SALDO ANTERIOR</b> 11.421,54	<b>VALOR DO EMPENHO</b> 173,00		<b>SALDO ATUAL</b> 11.248,54	

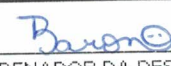
**ESPECIFICAÇÃO**  
DICLOFENACO POTASSICO 50 MG  
LEVOTIROXINA SODICA - DOSE 25MCG  
AQUISICAO DE MEDICAMENTOS PARA FARMACIA BASICA, DE ACORDO COM PREGAO  
CIGAMERIOS No 002/2020 PARA DAR CONTINUIDADE AS ATIVIDADES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE


**TOTAL**

168,40  
173,00

**VALOR POR EXTENSO**  
cento e setenta e tres reais\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

  
RESPONSÁVEL / EMPENHO

  
ORDENADOR DA DESPESA

  
CONTADOR

**Liquidação**

Declaro que o material/serviço foi fornecido/prestado

  
Responsável

Data: / /

FUNDO MUN. DA SAÚDE  
Caixa Econômica  
C/C 624.082-4

  
TESOURARIA

ORDEM DE PAGAMENTO

DATA

30 / 11 / 20

  
RESPONSÁVEL

**RECIBO**

DECLARO(AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA GUIA DE PAGAMENTO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO, E PELA QUAL DOU(AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO.

DOC.Nº

ASSINATURA

10/12

Fundo Municipal de Saude do Municipio de Modelo - SC  
Endereço: Rua Presidente Vargas, 20 - Bairro Centro  
Cidade: Modelo - SC Emissão: 04/11/20  
CNPJ: 11.511.812/0001-18

Ordem de compras  
Número: 1952/2020  
1.ª VIA-EMPRESA

Departamento De Compras

Fornecedor:

**INOVAMED COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA**  
- ME

Cnpj:

12.889.035/0001-02

Fone:

Cidade:  
ERECHIM

UF:  
RS

Email:

Objeto da Ordem de Compras:

AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA FARMÁCIA BÁSICA, DE ACORDO COM PREGÃO CIGAMERIOS Nº 002/2020 PARA DAR CONTINUIDADE AS ATIVIDADES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Modalidade: Dispensa por Limite Número da Modalidade: 1915/2020

Processo nº: 1976/2020

Despesa Orçamentária: MEDICAMENTOS

Código Reduzido: 1722 - FUNDO MUNICIPAL DA SAUDE E DIRETORIA GER

Fonte de Recursos: 180 - RECURSOS CORONAVIRUS (COVID-19) PORTARI

Item	Qtd	Un	Especificação		Vlr Unit	Total
1	200,00	cm	1801	DICLOFENACO POTASSICO 50 MG	0,0650	13,00
2	2.000,00	cm	12702	LEVOTIROXINA SÓDICA - DOSE 25MCG	0,0800	160,00

Total: 173,00

### OBSERVAÇÃO:

DEVERÁ SER ENTREGUE JUNTO A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES NEGATIVAS: FGTS, INSS, CNDT E MUNICIPAL (CND municipal para fornecedores sediados do municipio de Modelo);

- O ARQUIVO XML DEVERÁ SER ENVIADO PARA O EMAIL: NFE@MODELO.SC.GOV.BR, SENDO SEU RECEBIMENTO CONDIÇÃO PARA PAGAMENTO.

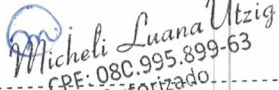
- DEVERÁ CONSTAR NA NOTA FISCAL O NÚMERO DA ORDEM DE COMPRAS E OS DADOS BANCÁRIOS PARA DEPOSITO DO PAGAMENTO

- A NOTA FISCAL (DANFE) DEVERÁ SER ENTREGUE JUNTAMENTE COM OS PRODUTOS.

- AO EMITIR A NOTA FISCAL, OBSERVAR RIGOROSAMENTE ESTA ORDEM DE COMPRAS.

- DEVERÁ SER EMITIDO UMA NOTA FISCAL PARA CADA ORDEM DE COMPRAS.

Responsável Compras

  
CPF: 08C.995.899-63  
Autorizado



**Identificação do Emitente**  
 INOVAMED HOSPITALAR LTDA  
 RUA DR. JOÃO CARUSO - 2115 - DISTRITO INDUSTRIAL - ERECHIM - RS - 99706250

**inovamed**

Telefone: 5421067930  
 E-mail: inovamed@inovamed-rs.com.br

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

0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA

Nº. 117088  
 SÉRIE 1

FL 1 of 1

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

CHAVE DE ACESSO  
 4320 1112 8890 3500 0102 5500 1000 1170 8811 7998 8823

NATUREZA DE OPERAÇÃO  
 VENDA DE MERCADORIA ADQ OU RECEB DE TERC, DEST A NAO CONTRIB

INSCRIÇÃO ESTADUAL 0390157570 INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTARIO 257946314 CNPJ 12.889.035/0001-02 Protocolo de Autorização(Data e Hora) 143200209336789 14/11/2020 13:29:21

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME/RAZÃO SOCIAL 427 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICIPIO DE MODELO CNPJ/CPF 11.511.812/0001-18 DATA DA EMISSÃO 14/11/2020

LOGRADOURO RUA PRESIDENTE VARGAS Nº 20 BAIRRO/DISTRITO CENTRO DATA DA ENTRADA/SAÍDA 14/11/2020

CEP 89872-000 MUNICÍPIO MODELO Telefone/Fax (49)3365-3132 UF SC INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA

**FATURA**

Nº	Venc.	Valor
1	18/12/20	158,40

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST. 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 158,40
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 158,40

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

RAZÃO SOCIAL EXPRESSO SAO MIGUEL LTDA FRETE POR CONTA 0 - Emitente CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF RS CNPJ/CPF 00.428.307/0005-11

LOGRADOURO ROD RS 404 KM 3 , 298 - INDUSTRIAL MUNICÍPIO SARANDI UF RS INSCRIÇÃO ESTADUAL 133/0056121

QUANTIDADE 1 ESPÉCIE MARCA NUMERAÇÃO PESO BRUTO PESO LÍQUIDO 1,26 1,26

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS**

Cód.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QTD	V. UN.	V. TOTAL	EMC	BC. ICMS	V. ICMS	ALIQ. ICMS	BC. ICMS ST	V. ICMS ST
1444	LEVOTIROXINA SÓDICA 25 MCG CP (G) LEVOTIROXINA SODICA CX C/30 CP FAB: MERCK GEN (PO) EAN: 7891721029905 FCI: A0C3DE23-7082-4473-92EF-337F2DD7E271 FAB: 12/05/2020 VAL: 30/04/2022 LT: BR123994 PRINCÍPIO ATIVO: LEVOTIROXINA SODICA BASE ST UN: 0,000 VALOR ST: 0,000 REG. MS: 1008903920019	30043981	340	6108	CP	1980	0,08	158,40	0,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>FIM DOS PRODUTOS</b>								158,40						

CERTIFICO que o MATERIAL constante deste SERVIÇOS documento foi RECEBIDO e aceito. PRESTADO EM: 17/11/20

*Micheli*  
 ASSINATURA

Nome  
 Cargo

CERTIFICAMOS que o Material entregue, estando de acordo com o contrato firmado e devidamente ACOMPANHADO E FISCALIZADO, sendo AUTORIZADO O PAGAMENTO.

Modelo, SC, 17/11/20

*Marlise Lindemann*  
 Marlise Lindemann  
 Fiscal de Contrato  
 CPF 753.321.752-49

**CÁLCULO DO ISSQN**

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

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: CEP ENTREGA:89872-000 N.º PEDIDO 410001601  
 END. ENTREGA:RAU PRESIDENTE VARGAS, Nº 20 - COMPL.: - BAIRRO.: CENTRO - MUNICIPIO.: MODELO  
 VALOR TOTAL DOS TRIBUTOS, CONFORME LEI DA TRANSPARENCIA R\$: 3.61 (2.28%)  
 HORARIO DE ENTREGA: / /LIC 12867 OC\_1952\_2020 PE 2/2020  
 /OBSERVACAO.:  
 DEPOSITO BANCO DO BRASIL AG 8108-6 CC 61027-5  
 DISPENSADO DA RETENCAO DE PIS E COFINS CFE. INSTRUCAO NORMATIVA N.º 1234/2012  
 ISENCAO ICMS A ORGAOS DA ADM PUB ART. 9º CAP CXV RICMS RS - DESCONTO NO VALOR DE R\$ 19.01

RESERVADO AO FISCO

OS LAUDOS PODEM SER IMPRESSOS NO SITE WWW.INOVAMED-RS.COM.BR  
 "SR. TRANSPORTADOR, favor agendar horário de entrega"

**Comprovante de Entrega**

CEDENTE <b>INOVAMED HOSPITALAR LTDA</b>		AGÊNCIA/CÓDIGO CEDENTE <b>0217.45.00384</b>	MOTIVOS DE NÃO ENTREGA ( PARA USO DA EMPRESA ENTREGADORA)		
SACADO <b>FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICIPIO DE MODELO</b>		NOSSO NÚMERO <b>20/318035-0</b>	<input type="checkbox"/> Mudou-se	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Não existe no indicado
VENCIMENTO <b>18/12/2020</b>	Nº DO DOCUMENTO <b>117088-1</b>	VALOR DO DOCUMENTO <b>158,40</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 <b>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DE CREDITO DO SIGREDI</b>					VENCIMENTO <b>18/12/2020</b>
CEDENTE <b>INOVAMED HOSPITALAR LTDA</b>					AGÊNCIA/CÓDIGO CEDENTE <b>0217.45.00384</b>
DATA DOCUMENTO <b>14/11/2020</b>	NÚMERO DOCUMENTO <b>117088-1</b>	ESP. DOC <b>DI</b>	ACEITE <b>NAO</b>	DATA PROCESSAMENTO <b>14/11/2020</b>	NOSSO NÚMERO <b>20/318035-0</b>
CARTEIRA <b>1</b>	ESPECIE MOEDA <b>REAL</b>	QUANTIDADE	VALOR	(=) VALOR DO DOCUMENTO <b>158,40</b>	(-) DESCONTO/ADIANTAMENTO
INSTRUÇÕES <b>Apos Vencimento Cobrar Multa de R\$ 3,17</b> <b>Apos Vencimento Cobrar Juros de R\$ 0,26 Por Dia de Atraso</b>					(-) OUTRAS DEDUÇÕES
					(+) MORA/MULTA
					(+) OUTROS ACRÉSCIMOS
					(=) VALOR COBRADO
					CONTATO: <b>DÚVIDAS PELO FONE: (54) 3522-4273</b> <b>Email.: <a href="mailto:cobrancas@inovamed-rs.com.br">cobrancas@inovamed-rs.com.br</a></b>
SACADO <b>FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICIPIO DE MODELO</b>					<b>11.511.812/0001-18</b>
<b>RUA PRESIDENTE VARGAS</b>					
<b>CENTRO</b>					<b>SC</b>
<b>MODELO</b>					<b>CEP : 89872-000</b>
CADOR / CEDENTE					

**748-X****74891.12032 18035.002171 45003.841025 6 84730000015840**

LOCAL DE PAGAMENTO <b>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DE CREDITO DO SIGREDI</b>					VENCIMENTO <b>18/12/2020</b>
CEDENTE <b>INOVAMED HOSPITALAR LTDA</b>					AGÊNCIA/CÓDIGO CEDENTE <b>0217.45.00384</b>
DATA DOCUMENTO <b>14/11/2020</b>	NÚMERO DOCUMENTO <b>117088-1</b>	ESP. DOC <b>DI</b>	ACEITE <b>NAO</b>	DATA PROCESSAMENTO <b>14/11/2020</b>	NOSSO NÚMERO <b>20/318035-0</b>
CARTEIRA <b>1</b>	ESPECIE MOEDA <b>REAL</b>	QUANTIDADE	VALOR	(=) VALOR DO DOCUMENTO <b>158,40</b>	(-) DESCONTO/ADIANTAMENTO
INSTRUÇÕES <b>Apos Vencimento Cobrar Multa de R\$ 3,17</b> <b>Apos Vencimento Cobrar 0,26 Por Dia de Atraso</b>					(-) OUTRAS DEDUÇÕES
					(+) MORA/MULTA
					(+) OUTROS ACRÉSCIMOS
					(=) VALOR COBRADO
					CONTATO:
SACADO <b>FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICIPIO DE MODELO</b>					<b>11.511.812/0001-18</b>
<b>RUA PRESIDENTE VARGAS</b>					
<b>CENTRO</b>					<b>SC</b>
<b>MODELO</b>					<b>CEP : 89872-000</b>
CADOR / CEDENTE					

Ficha de Compensação

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





## Comprovante de Remessa de TED via GovConta Caixa

Tipo de TED:	Terceiros
Nome:	FUNDO MUN DE SAUDE DE MODELO
Conta Origem:	2894/006/00624082-4
Tipo de Conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de Pessoa:	Jurídica
CPF/CNPJ:	11.511.812/0001-18

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A
Conta Destino:	8108/61027-5
Tipo de Conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de Pessoa:	Jurídica
Nome:	INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA
CPF/CNPJ	12.889.035/0001-02
Valor:	R\$710,36
Valor da Tarifa:	R\$0,00
Finalidade	10-Crédito em Conta
Identificação da Operação:	PAGAMENTO DE MEDICAMENTOS

Data de Débito:	30/11/2020
Data da Operação:	30/11/2020
Código da Operação:	00156190
Chave de Segurança:	WPCR71KN3WKVQQF

CPFs Autorizadores:
071.388.279-46
987.238.989-68

### Operação realizada com sucesso.

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.

PAGO EMP. 1577/20

1469/20

1559/20

1539/20