



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
001469/20 Ordinário	Orcamentario

08 - FUNDO MUNICIPAL DA SAUDE E DIRETORIA GER
08.01 - FMS - FUNDO MUN.DA SAUDE
10 - Saude
301 - Atencao Basica
0007 - VIDA SAUVAVEL - 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

LICITAÇÃO Dispensa por Limite	NÚMERO 1873	SOLICITAÇÃO	PROC. COMPRA 1933	EMIÇÃO 27.10.20	VENCIMENTO 29.10.20
VALOR ORÇADO 30.000,00	SALDO ANTERIOR 21.130,23	VALOR DO EMPENHO 308,00		SALDO ATUAL 20.822,23	

ESPECIFICAÇÃO
DIMENIDRINATO PIRIDOXINA - DOSE 50MG 50MG/ML IM
DIPIRONA - DOSE 1G/2ML
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 308,00

VALOR POR EXTENSO
trezentos e oito 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 IMPORTANCIA DESTA GUIA DE PAGAMENTO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO, E PELA QUAL DOU(AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO.

DOC.Nº

ASSINATURA

10/11

Fundo Municipal de Saude do Municipio de Modelo - SC

Endereço: Rua Presidente Vargas, 20 - Bairro Centro

Cidade: Modelo - SC Emissão: 27/10/20

CNPJ: 11.511.812/0001-18

Ordem de compras

Número: 1903/2020

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: 1873/2020

Processo nº: 1933/2020

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	100,00	am P	12671	DIMENIDRINATO PIRIDOXINA - DOSE 50MG 50MG/ML	IM	1,2800	128,00
2	300,00	am P	12988	DIPIRONA - DOSE 1G/2ML		0,6000	180,00

Total: **308,00**

O B S E R V A Ç Ã O:

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: 080.995.899-63
Autorizado

RECEBEMOS DE INOVAMED HOSPITALAR LTDA

OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

PED.: 41000152



117087

NF-e
Nº. 117087
SÉRIE 1

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

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. 117087
SÉRIE 1

FL 1 of 1



CHAVE DE ACESSO
4320 1112 8890 3500 0102 5500 1000 1170 8711 3116 1646

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)
143200209336708 14/11/2020 13:28:57

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL: 427 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICIPIO DE MODELO
LOGRADOURO: RUA PRESIDENTE VARGAS Nº 20 COMPLEMENTO: CENTRO BAIRRO/DISTRITO: CENTRO
CEP: 89872-000 MUNICÍPIO: MODELO Telefone/Fax: (49)3365-3132 UF: SC INSCRIÇÃO ESTADUAL: DATA DA EMISSÃO: 14/11/2020 DATA DA ENTRADA/SAÍDA: 14/11/2020 HORA DE SAÍDA:

FATURA

Nº 1 Venc. 18/12/20 Valor 308,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	308,00	VALOR DO ICMS	36,96	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST.	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	308,00
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	308,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL: EXPRESSO SAO MIGUEL LTDA FRETE POR CONTA: 0 - Emitente CÓDIGO ANT: 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: 1 PESO BRUTO: 2,20 PESO LÍQUIDO: 2,20

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
155	SANTIDOR 500 MG/ML SOL/INJ 2 ML AMP (S) DIPIRONA CX C/100 AMP FAB: SANTISA SIMI (NG) EAN: 7898404220147 FCI: 7B355A09-4AA2-4CEC-AD3A-563C3F8D2FA8 FAB: 01/03/2020 VAL: 30/03/2022 LT: 11508320 PRINCIPIO ATIVO: DIPIRONA BASE ST UN: 0,000 VALOR ST: 0,000 REG. MS: 1018600120021	30039099	500	6108	AM	300	0,60	180,00	0,00	180,00	21,60	12,00	0,00	0,00
570	NAUSICALM B6 50 + 60 MG/ML IM AMP (S) DIMENIDRINATO+CLOR DE CX C/50 AMP FAB: UNIAO QUIMICA SIMI (NG) EAN: 7898006272717 FCI: 5994E51E-01B0-485E-9372-A5C047FDBD51 FAB: 20/03/2020 VAL: 31/03/2022 LT: 2010297 PRINCIPIO ATIVO: DIMENIDRINATO+CLOR DE PIRIDOXINA BASE ST UN: 0,000 VALOR ST: 0,000 REG. MS: 1049711280027	30045090	000	6108	AM	100	1,28	128,00	2,21	128,00	15,36	12,00	0,00	0,00
FIM DOS PRODUTOS								308,00						

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

CERTIFICAMOS que o (X) Material () Serviço, constante deste documento fiscal, foi Prestado/ Entregue, estando de acordo com o contrato firmado e devidamente ACOMPANHADO E FISCALIZADO, sendo AUTORIZADO O PAGAMENTO.
Modelo, SC, 17/11/20

Marlise Lindemann
Fiscal de Contrato
CPF 753.321.752-49
Barbara M. Geller Baron
Secretária Municipal de Saúde

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 410001523
END. ENTREGA: RUA PRESIDENTE VARGAS, Nº 20 - COMPL.: - BAIRRO.: CENTRO - MUNICÍPIO.: MODELO
VALOR TOTAL DOS TRIBUTOS, CONFORME LEI DA TRANSPARENCIA R\$: 59.38 (19.28%)
HORARIO DE ENTREGA: / LIC 12867 OC_1903_2020_MOFDELO PE 2/2020 /OBSERVAÇÃO.:
DEPOSITO BANCO DO BRASIL AG 8108-6 CC 61027-5
DISPENSADO DA RETENÇÃO DE PIS E COFINS CFE. INSTRUCAO NORMATIVA N.º 1234/2012
VALORES TOTAIS DO ICMS INTERESTADUAL: DIFAL DA UF DESTINO R\$15.40 + FCP R\$0.00; DIFAL DA UF ORIGEM R\$0.00.
EXCLUSAO DO ICMS NA BASE DE CALCULO DO PIS E COFINS CONFORME PROCESSO/MAND. SEGU N.50008579720204047117 DE 01/04/2020
VALOR EXCLUÍDO DA BASE DE CALCULO R\$ 36,96
SAO MIGUEL 36,94

Comprovante de Entrega

CELENTRE		AGÊNCIA/CÓDIGO CEDENTE		MOTIVOS DE NÃO ENTREGA (PARA USO DA EMPRESA ENTREGADORA)	
NOVAMED HOSPITALAR LTDA		0217.45.00384		<input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não existe no indicado	
SACADO		NOSSO NÚMERO		<input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Não procurado <input type="checkbox"/> Falecido	
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICIPIO DE MODEL		20/318034-2		<input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Endereço insuficiente <input type="checkbox"/> Outros (anotar no verso)	
VENCIMENTO	Nº DO DOCUMENTO	VALOR DO DOCUMENTO			
18/12/2020	117087-1	308,00			
Recebi(emos) o bloquete de característica acima		DATA	ASSINATURA	DATA	ENTREGADOR

DESTACAR ABAIXO



748-X

RECIBO DO SACADO

LOCAL DE PAGAMENTO						PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DE CREDITO DO SIGREDI						VENCIMENTO					
CEDENTE						NOVAMED HOSPITALAR LTDA						18/12/2020					
DATA DOCUMENTO		NÚMERO DOCUMENTO		ESP. DOC		ACEITE		DATA PROCESSAMENTO		AGÊNCIA/CÓDIGO CEDENTE		NOSSO NÚMERO		VALOR DO DOCUMENTO		VALOR	
14/11/2020		117087-1		DI		NAO		14/11/2020		0217.45.00384		20/318034-2		308,00			
CARTEIRA		ESPECIE MOEDA		QUANTIDADE						(*) VALOR DO DOCUMENTO							
1		REAL								(*) DESCONTO/ADIANTAMENTO							
										(*) OUTRAS DEDUÇÕES							
										(*) MORA/MULTA							
										(*) OUTROS ACRÉSCIMOS							
										(*) VALOR COBRADO							
INSTRUÇÕES						Apos Vencimento Cobrar Multa de R\$ 6,16											
						Apos Vencimento Cobrar Juros de R\$ 0,51 Por Dia de Atraso											
CONTATO:						DÚVIDAS PELO FONE: (54) 3522-4273											
						Email.: cobranças@inovamed-rs.com.br											
SACADO						FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICIPIO DE MODELO						11.511.812/0001-18					
						RUA PRESIDENTE VARGAS											
						CENTRO											
SACADOR / CEDENTE						MODELO						SC					
												CEP : 89872-000					



748-X

74891.12032 18034.202178 45003.841074 1 84730000030800

LOCAL DE PAGAMENTO						PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DE CREDITO DO SIGREDI						VENCIMENTO					
CEDENTE						NOVAMED HOSPITALAR LTDA						18/12/2020					
DATA DOCUMENTO		NÚMERO DOCUMENTO		ESP. DOC		ACEITE		DATA PROCESSAMENTO		AGÊNCIA/CÓDIGO CEDENTE		NOSSO NÚMERO		VALOR DO DOCUMENTO		VALOR	
14/11/2020		117087-1		DI		NAO		14/11/2020		0217.45.00384		20/318034-2		308,00			
CARTEIRA		ESPECIE MOEDA		QUANTIDADE						(*) VALOR DO DOCUMENTO							
1		REAL								(*) DESCONTO/ADIANTAMENTO							
										(*) OUTRAS DEDUÇÕES							
										(*) MORA/MULTA							
										(*) OUTROS ACRÉSCIMOS							
										(*) VALOR COBRADO							
INSTRUÇÕES						Apos Vencimento Cobrar Multa de R\$ 6,16											
						Apos Vencimento Cobrar 0,51 Por Dia de Atraso											
CONTATO:																	
SACADO						FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICIPIO DE MODELO						11.511.812/0001-18					
						RUA PRESIDENTE VARGAS											
						CENTRO											
SACADOR / CEDENTE						MODELO						SC					
												CEP : 89872-000					

Ficha de Compensação

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

**CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA
ATIVA DA UNIÃO**

Nome: **INOVAMED HOSPITALAR LTDA**
CNPJ: **12.889.035/0001-02**

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.
Emitida às 14:57:38 do dia 17/11/2020 <hora e data de Brasília>.

Válida até 16/05/2021.

Código de controle da certidão: **2A14.A951.9CB8.669C**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 12.889.035/0001-02
Razão Social: INOVAMED HOSPITALAR LTDA
Endereço: R DOUTOR JOAO CARUSO 2115 LOT RUBENS DERKS / INDUSTRIAL / ERECHIM / RS / 99706-250

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 11/11/2020 a 10/12/2020

Certificação Número: 2020111105303003717150

Informação obtida em 17/11/2020 15:40:58

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:
www.caixa.gov.br



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: INOVAMED HOSPITALAR LTDA (MATRIZ E FILIAIS)
CNPJ: 12.889.035/0001-02
Certidão nº: 30610926/2020
Expedição: 17/11/2020, às 15:41:18
Validade: 15/05/2021 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **INOVAMED HOSPITALAR LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **12.889.035/0001-02**, **NÃO CONSTA** do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base no art. 642-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentado pela Lei nº 12.440, de 7 de julho de 2011, e na Resolução Administrativa nº 1470/2011 do Tribunal Superior do Trabalho, de 24 de agosto de 2011.

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho e estão atualizados até 2 (dois) dias anteriores à data da sua expedição.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho ou Comissão de Conciliação Prévia.

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

1554/20

1534/20