



# 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
001329/20 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  
2.276 - MANUT.PROGRAM SAUDE DOS HIPERTENSOS E DIABETICOS-SUS: saude da familia  
3.3.90.00 - APLICACOES DIRETAS Principal: 1709  
3.3.90.32.02.00 - MEDICAMENTOS Cod. Red.: 01733  
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> 1628	<b>SOLICITAÇÃO</b>	<b>PROC. COMPRA</b> 1684	<b>EMIÇÃO</b> 28.09.20	<b>VENCIMENTO</b> 02.10.20
<b>VALOR ORÇADO</b> 20.000,00	<b>SALDO ANTERIOR</b> 19.700,00	<b>VALOR DO EMPENHO</b> 212,50		<b>SALDO ATUAL</b> 19.487,50	

**ESPECIFICAÇÃO**  
Propafenona 300mg CLORIDRATO  
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA HIPERTENSOS, DE ACORDO COM PREGAO CIGAMERIOS No  
002/2020 PARA DAR CONTINUIDADE AS ATIVIDADES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

**TOTAL** 212,50

**VALOR POR EXTENSO**  
duzentos e doze reais e cinquenta centavos\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

RESPONSÁVEL / EMPENHO

ORDENADOR DA DESPESA

CONTADOR

### Liquidação

Declaro que o material/serviço foi fornecido/prestado

Responsável

Data: / /

ORDEM DE PAGAMENTO

DATA

23 / 10 / 20

TESOURARIA

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

Fundo Municipal de Saude do Municipio de Modelo - SC

Ordem de compras

Endereço: Rua Presidente Vargas, 20 - Bairro Centro

Número: 1644/2020

Cidade: Modelo - SC Emissão: 28/09/20

CNPJ: 11.511.812/0001-18

1.ª VIA-EMPRESA

Departamento De Compras

Fornecedor:

**INOVAMED COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA**

Cnpj:

Fone:

- ME

12.889.035/0001-02

Cidade:

UF:

Email:

ERECHIM

RS

Objeto da Ordem de Compras:

**COVID-19** AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA HIPERTENSOS, DE ACORDO COM PREGÃO CIGAMERIOS Nº 002/2020 PARA DAR CONTINUIDADE AS ATIVIDADES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Modalidade: Dispensa por Limite Número da Modalidade: 1628/2020

Processo nº: 1684/2020

Despesa Orçamentária: MEDICAMENTOS

Código Reduzido: 1733 - FUNDO MUNICIPAL DA SAUDE E DIRETORIA GER

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

Item	Qtd	Un	Especificação		Vlr Unit	Total
1	500,00	un	11995	Propafen ona 300mg CLORIDRA TO	0,4250	212,50

Total: 212,50

### 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: 080.995.899-63  
Autorizado

RECEBIMOS DE NOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA  
OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

PED.: 41000116



NF-e  
Nº. 114114  
SÉRIE 1

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

**Identificação do Emitente**  
 NOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA  
 RUA RUBENS DERKS - 105 - DISTRITO INDUSTRIAL -  
 ERECHIM - RS - 99706300  
**inovamed**  
 Telefone: 54 35224273  
 E-mail: inovamed@inovamed-rs.com.br

**DANF-e**  
 Documento Auxiliar da  
 Nota Fiscal  
 0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA  
 Nº. 114114  
 SÉRIE 1  
 FL 1 of 1



CHAVE DE ACESSO  
 4320 1012 8890 3500 0102 5500 1000 1141 1411 5620 2780

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) 143200182065436 08/10/2020 09:16:20

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME/RAZÃO SOCIAL 427 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICIPIO DE MODELO CNPJ/CPF 11.511.812/0001-18 DATA DA EMISSÃO 08/10/2020  
 LOGRADOURO RUA PRESIDENTE VARGAS Nº 20 COMPLEMENTO CENTRO BAIRRO/DISTRITO CENTRO DATA DA ENTRADA/SAÍDA 08/10/2020  
 CEP 89872-000 MUNICÍPIO MODELO Telefone/Fax (49)3365-3132 UF SC INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA

**FATURA**

Nº 1 Venc. 08/11/20 Valor 127,50

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

DE CÁLCULO DE ICMS VALOR DO ICMS 127,50 BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST. 5,10 VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 127,50  
 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 127,50

**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 1 PESO BRUTO 0,24 PESO LÍQUIDO 0,24

**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
1328	CLOR DE PROPAFENONA 300 MG CP (G) CLOR DE PROPAFENONA CX C/300 CP EAN: 7899547514995 FAB: PRATI DONADUZZI GEN (PO) FAB: 25/04/2020 FCI: 48516361-86C3-4A76-9F01-117F137BF872 PRINCÍPIO ATIVO: VAL: 30/04/2022 LT: 20E253 BASE ST UN: 0,000 VALOR ST: 0,000 REG. MS: 1256802550170	30049049	800	6108	CP	300	0,425	127,50	2,40	127,50	5,10	4,00	0,00	0,00
<b>FIM DOS PRODUTOS</b>								127,50						
<p>CERTIFICAMOS que o (Material / Serviço) constante deste documento fiscal, foi Prestado/ Entregue, estando de acordo com o contrato firmado e devidamente <b>ACOMPANHADO E FISCALIZADO</b>, sendo <b>AUTORIZADO O PAGAMENTO</b>.                      Modelo, SC, 09/10/20</p> <p>CERTIFICO que o MATERIAL constante deste documento foi RECEBIDO e aceito. PRESTADO                      EM: 09/10/20                      DANIELA PAULA MARION SANTANA                      CPF: 035.838.869-41                      FISCAL DE CONTRATO</p> <p>Bárbara M. Geller Baron                      Secretária Municipal de Saúde</p>														

**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 410001162  
 END. ENTREGA: RUA PRESIDENTE VARGAS, Nº 20 - COMPL.: - BAIRRO.: CENTRO - MUNICÍPIO.: MODELO  
 VALOR TOTAL DOS TRIBUTOS, CONFORME LEI DA TRANSPARENCIA R\$: 24,58 (19,28%)  
 HORARIO DE ENTREGA: / / LIC 12867 OC\_1644\_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  
 VALORES TOTAIS DO ICMS INTERESTADUAL: DIFAL DA UF DESTINO R\$16,58 + 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\$ 5,10  
 SAO MIGUEL 36,94

RESERVADO AO FISCO

**Comprovante de Entrega**

CEDENTE <b>INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMEN</b>		AGÊNCIA/CÓDIGO CEDENTE 0217.45.00384	MOTIVOS DE NÃO ENTREGA ( PARA USO DA EMPRESA ENTREGADORA)		
SACADO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICIPIO DE MODEL		NOSSO NÚMERO 20/316077-5	<input type="checkbox"/> Mudou-se	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Não existe no indicado
VENCIMENTO 08/11/2020	Nº DO DOCUMENTO 114114-1	VALOR DO DOCUMENTO 127,50	<input type="checkbox"/> Recusado	<input type="checkbox"/> Não procurado	<input type="checkbox"/> Falecido
Recebi(emos) o bloquete de característica acima		DATA	ASSINATURA	DATA	ENTREGADOR

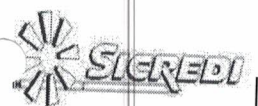
DESTACAR ABAIXO



**748-X**

**RECIBO DO SACADO**

LOCAL DE PAGAMENTO <b>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DE CREDITO DO SIGREDI</b>					VENCIMENTO 08/11/2020
SACADO <b>INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA</b>					AGÊNCIA/CÓDIGO CEDENTE 0217.45.00384
DATA DOCUMENTO 08/10/2020	NÚMERO DOCUMENTO 114114-1	ESP. DOC DI	ACEITE NAO	DATA PROCESSAMENTO 08/10/2020	NOSSO NÚMERO 20/316077-5
CARTEIRA 1	ESPECIE MOEDA REAL	QUANTIDADE	VALOR		(=) VALOR DO DOCUMENTO 127,50
INSTRUÇÕES Apos Vencimento Cobrar Multa de R\$ 2,55 Apos Vencimento Cobrar Juros de R\$ 0,21 Por Dia de Atraso					(-) DESCONTO/ADIANTAMENTO
CONTATO: DÚVIDAS PELO FONE: (54) 3522-4273 Email: cobranças@inovamed-rs.com.br					(-) OUTRAS DEDUÇÕES
SACADO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICIPIO DE MODELO RUA PRESIDENTE VARGAS CENTRO					(+) MORA/MULTA
SACADOR / CEDENTE					(+) OUTROS ACRÉSCIMOS
MODELO SC CEP : 89872-000					(=) VALOR COBRADO



**748-X**

**74891.12032 16077.502173 45003.841090 1 84330000012750**

LOCAL DE PAGAMENTO <b>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DE CREDITO DO SIGREDI</b>					VENCIMENTO 08/11/2020
CEDENTE <b>INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMEN</b>					AGÊNCIA/CÓDIGO CEDENTE 0217.45.00384
DATA DOCUMENTO 08/10/2020	NÚMERO DOCUMENTO 114114-1	ESP. DOC DI	ACEITE NAO	DATA PROCESSAMENTO 08/10/2020	NOSSO NÚMERO 20/316077-5
CARTEIRA 1	ESPECIE MOEDA REAL	QUANTIDADE	VALOR		(=) VALOR DO DOCUMENTO 127,50
INSTRUÇÕES Apos Vencimento Cobrar Multa de R\$ 2,55 Apos Vencimento Cobrar 0,21 Por Dia de Atraso					(-) DESCONTO/ADIANTAMENTO
CONTATO:					(-) OUTRAS DEDUÇÕES
SACADO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICIPIO DE MODELO RUA PRESIDENTE VARGAS CENTRO					(+) MORA/MULTA
SACADOR / CEDENTE					(+) OUTROS ACRÉSCIMOS
MODELO SC CEP : 89872-000					(=) VALOR COBRADO

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\$127,50
Valor da Tarifa:	R\$0,00
Finalidade	10-Crédito em Conta
Identificação da Operação:	PAGAMENTO DE MEDICAMENTOS

Data de Débito:	23/10/2020
Data da Operação:	23/10/2020
Código da Operação:	00184900
Chave de Segurança:	AEPZZ85A3K3L4XCQ

<b>CPFs Autorizadores:</b>
987.238.989-68
071.388.279-46

**Operação realizada com sucesso.**

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