



# 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
001552/20 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 4289 MEDILAR IMPORTACAO E DISTRIBUICAO DE PRO CNPJ: 07.752.236/0001-23

Banco: Agencia:4044-4 Conta:000013845-2 FONE (51) 3718760

LICITAÇÃO	NÚMERO	SOLICITAÇÃO	PROC. COMPRA	EMISSÃO	VENCIMENTO
Dispensa por Limite	1913		1974	04.11.20	09.11.20
VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL		
30.000,00	11.467,99	219,45	11.248,54		

**ESPECIFICAÇÃO**

SULFADIAZINA DE PRATA- DOSE 10MG/G  
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** 219,45

**VALOR POR EXTENSO**

duzentos e dezenove reais e quarenta e cinco centavos\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

RESPONSÁVEL / EMPENHO

ORDENADOR DA DESPESA

CONTADOR

**Liquidação**

Declaro que o material/serviço foi fornecido/prestado

Responsável

Data: / /

CEF. 624.082-4

ORDEM DE PAGAMENTO

DATA 19/11/20

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

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: 1950/2020

1.ª VIA-EMPRESA

Departamento De Compras

Fornecedor:

**MEDILAR IMPORTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE  
PRODUTOS MÉDICOS HOSPITALARES S/A**

Cnpj:

07.752.236/0001-23

Fone:

Cidade:

Vera Cruz

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: 1913/2020

Processo nº: 1974/2020

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	50,00	tb	12661 SULFADIAZINA DE PRATA- DOSE 10MG/G	4,3890	219,45

Total: 219,45

### 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

*Micheli Luana Utzig*  
CPF: 080.995.899-63  
Autorizado

RECEBEMOS LE	MEDILAR IMPORT E DISTR DE PRODUTOS MEDICO HOSPITARES SA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO	NF-e N. 000582246 SÉRIE 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

 <p><b>Identificação do emitente</b>  <b>MEDILAR IMPORT E DISTR DE PRODUTOS MEDICO HOSPITARES SA</b>          RUA NORBERTO OTTO WILD, 420          IMIGRANTE Cep:96880-000          VERA CRUZ/RS          Fone: 555137187600 Fax : 55-51-37187660          medlive@medlive.com.br - www.medlive.com.br</p>	<p><b>DANFE</b>          DOCUMENTO AUXILIAR DA          NOTA FISCAL ELETRÔNICA          0-ENTRADA 1          1-SAÍDA</p> <p>N. 000582246          SÉRIE 1          FOLHA 01/01</p>	
		<p><b>CHAVE DE ACESSO DA NF-E</b>          4320 1107 7522 3600 0123 5500 1000 5822 4611 0025 8910</p>
		<p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e          www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autorizada</p>

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDAS DE MERC.	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 143200204452015 09/11/2020 11:40:31-03:00
INSCRIÇÃO ESTADUAL 1560020579	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB. CNPJ 07.752.236/0001-23

DESTINATARIO/REMETENTE	
NOME/RAZÃO SOCIAL FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICIPIO DE MODELO SC	CNPJ/CPF 11.511.812/0001-18
ENDEREÇO R DOMERCIO, 1304	BAIRRO/DISTRITO CENTRO
MUNICIPIO MODELO	CEP 89872-000
FONE/FAX 4933653137	UF SC
FATURA 001	INSCRIÇÃO ESTADUAL
09/12/2020	
219,45	

CALCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CALCULO DO ICMS 219,45	VALOR DO ICMS 26,33	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 219,45	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 219,45

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL BAUER TRANSPORTES LTDA	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 04.353.469/0001-65
ENDEREÇO AV. GETULIO DORNELES VARGAS	MUNICIPIO CHAPECO	UF SC	INSCRIÇÃO ESTADUAL 254184880		
QUANTIDADE 1	ESPECIE VOLUME	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 5,000	PESO LIQUIDO 5,000

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO													
COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VUNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
10710	SULFADIAZINA PRATA 1% 50GR CR C/200 BI \$ GEN NATIVITA LOTE: 200636 - DT.VALID: 01/10/2022 - COD.PROD.FABR.: 59 - REG. M. S.: 14 76100230068 - FABRICANTE: NATIVITA INDUSTRIA E COMERCIO LTDA	30049072	000	6108	TB	50,00	4,38900	219,45	219,45	26,33	0,00	12,00%	0,00%

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, 10/11/20

CERTIFICO que o MATERIAL SERVICOS constante deste documento foi RECEBIDO e aceito.  
EM: 10/11/20  
Micheli  
ASSINATURA

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

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

<p><b>DADOS ADICIONAIS</b></p> <p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>Protocolo: 143200204452015</p> <p>Vendedor: LICITAÇÕES / CONTRATOS</p> <p>DADOS BANC.: BANCO DO BRASIL, AG 4044-4, CC 13845-2 - CIGAMERIOS Numero do Empenho: 1950/2020</p> <p>Pedido(s): 328436 Valor do ICMS relativo ao Fundo de Combate a Pobreza - FCP da UF de destino: R\$ 0. Valor do ICMS Interestadual para a UF de destino: R\$ 10,97. Valor do ICMS Interestadual para a UF do remetente: R\$ 0.</p> <p>Prezado Cliente,</p> <p>Para que o recebimento do seu pedido ocorra sem nenhum transtorno, a Medilar solicita que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A mercadoria seja conferida no ato da entrega e qualquer divergencia e/ou avaria seja descrita no verso do conhecimento de frete.</li> <li>- Divergencias referentes ao pedido deverao ser comunicadas ao SAC da Medilar ( 51-37187640 ) em ate 24h apos o recebimento do pedido.</li> </ul>	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

**CAIXA****Comprovante de Remessa de TED**  
via GovConta Caixa

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

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A
<b>Conta Destino:</b>	4044/13845-2
<b>Tipo de Conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de Pessoa:</b>	Jurídica
<b>Nome:</b>	MEDILAR IMPORTACAO E DISTRIBUICAO DE PRO
<b>CPF/CNPJ</b>	07.752.236/0001-23
<b>Valor:</b>	R\$1.389,45
<b>Valor da Tarifa:</b>	R\$0,00
<b>Finalidade</b>	10-Crédito em Conta
<b>Identificação da Operação:</b>	PAGAMENTO DE MEDICAMENTOS

<b>Data de Débito:</b>	19/11/2020
<b>Data da Operação:</b>	19/11/2020
<b>Código da Operação:</b>	00118748
<b>Chave de Segurança:</b>	ZP35XNJUJXC6LRHX

<b>CPFs Autorizadores:</b>
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. 1548/20

1552/20

1573/20