PREFEITURA MUNICIPAL CAMPESTRE-MG

NOTA DE EMPENHO N°= 6189/2020-001 NAF: 2020 / 003187

O ordenador da despesa, para efeito da execução orçamentária, determina que seja empenhada neste exercício a importância abaixo discriminada.

Orçamento de: 2020 Tipo: Ordinário Data: 30/09/2020 Ficha: 000386

Órgão.....:	02	-	EXECUTIVO
Unidade.....:	02.10	-	SECRETARIA DE SAUDE
SubUnidade.....:	02.10.01	-	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Classif. Orçamentária:	10.122.0033.2060	-	ENFRENTAMENTO DE EMERGENCIA COVID-19
Elemento da Despesa..:	3.3.90.30.09	-	Medicamentos
Fonte de Recurso.....:	1.54.00	-	Outras Transferências de Recursos do SUS

Credor...: CONCEITO DISTRIBUIDORA DE MED. E MAT. CIRURGICOS LTD Número: 251906
Endereço.: RUA PORTO SEGURO N°: 387 Bairro: NOVA VISTA CEP: 31.070-130
Cidade...: BELO HORIZONTE - MG CNPJ..: 32.384.285/0001.06
Banco ...: 000 Agência ..: Conta ..: -

Pela presente fica empenhada a importância de R$ 1.710,00
Um mil, setecentos e dez reais.....

Hist.: VALOR REF. A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA INTUBAÇÕES QUE SERÁ DESTINADO AO PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL,PARA COMBATE AO COVID 19.

Licitação.: Dispensa Art. 24 2020/453 Processo N°.: 2020/513
Data: 30/09/2020 Ordenador da Despesa: _____
VAGNER MIRANDA SILVIO
CPF: 033.590.226-02 / SECRETÁRIO MUNICIPAL

Sendo o saldo da dotação orçamentária o abaixo demonstrado:

SALDO ANTERIOR ..:	.....3.238,62	:	**VALOR LIQUIDADO .:**	.....1.710,00
VALOR EMPENHADO .:	.....1.710,00	:	**DESCONTO .....:**	0,00
SALDO ATUAL .....:	.....1.528,62	:	**VALOR LIQUIDO ...:**	.....1.710,00
TOTAL EMPENHADO .:	.....1.710,00	:	**SALDO A LIQUIDAR :**	0,00
VALOR A LIQUIDAR :	.....1.710,00			

Data: 30/09/2020 Contador(a)/Contabilista: _____
MARIA APARECIDA FIGUEIREDO FARIA
CRC: 56.058/MG / CONTADOR

A liquidação N° 001, no valor R$ .....1.710,00, da despesa a que se refere a presente NOTA DE EMPENHO, foi procedida com base no documento apresentado, onde demonstra a entrega do material ou efetivação do serviço prestado.

Data: 01/10/2020 Assinatura: _____
Data p/ Pagto: 11/10/2020
ANDREA CRISTINA PEREIRA DE FIGUEIREDO
CPF: 014.390.296-28 / LIQUIDANTE

Face a liquidação acima autorizo o pagamento desta importância ao favorecido.
Data: 01/10/2020 Assinatura: _____
VAGNER MIRANDA SILVIO
CPF: 033.590.226-02 / SECRETÁRIO MUNICIPAL

Recebi(emos) a importância de R$ .....1.710,00 ,Um mil, setecentos e dez reais.....
referente a despesa acima mencionada, da qual e dada plena quitação.

16 / 10 / 2020
Data _____ Identidade/CPF/CGC _____ Assinatura do Credor ou seu Procurador

BANCO: 104 **CONTA:** 624019-6 **RECURSO** **CHEQUE:** S/CH **DATA:** 16 / 10 / 2020

CONCEITO DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS

CONCEITO DISTRIBUIDORA

RUA PORTO SEGURO, 387 LOJA 1
Bairro: NOVA VISTA
BELO HORIZONTE - MG - 31070-130
Fone: (31)3568-8888 Fax: (31)
televendas1@conceitodistribuidora.com.br

Alv. Sanit.: 2019089782 Aut. Esp.: 1187724
Aut. Func.: 1187719 Lic. Func.: 2019000859

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA **1**

Nº **000.001.018**
SÉRIE:1
FOLHA:1 / 1

CHAVE DE ACESSO
3120 1032 3842 8500 0106 5500 1000 0010 1813 7541 8285

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA		**131203843763160 - 01/10/2020 16:49:25**
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.**	**CNPJ / CPF**
003348680.00-78		32.384.285/0001-06

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CÓDIGO	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
MUNICIPIO DE CAMPESTRE	000315	18.178.400/0001-57	01/10/2020 16:48

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA ENTRADA/SAÍDA
R CORONEL JOSE CUSTODIO, 84	CENTRO	37.730-000	

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA SAÍDA
CAMPESTRE	(35) 37431392	MG		

FATURA	FATURA 1	FATURA 2	FATURA 3	FATURA 4	FATURA 5	FATURA 6	FATURA 7	FATURA 8	FATURA 9	FATURA 10	FATURA 11	FATURA 12	FATURA 13	FATURA 14	FATURA 15
NÚMERO:	001018-1/1														
VENCIMENTO:	11/10/2020														
VALOR:	1.710,00														

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.710,00	205,20	0,00	0,00	1.710,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.710,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
OPEN CARGO EIRELLI	0 - Remetente (CIF)			MG	13.639.523/0001-24

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA RUA PORTO SEGURO, 387, LOJA 2		MG	001772332.00-27

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUÍDO
1		1		1,00	

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	PMC	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNIT.	VLR TOTAL BRUTO	VALOR DESC.	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR ST	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
000914	MIDAZOLAN (G) 5MG/ML 100 AMP/ 3ML - HIPOLABOR - B1 LT: AP-234/20 Val: 30/06/2022 Qtd: 200	0,00	30049099	000	5102	AM	200,00	8,5500	1.710,00		1.710,00	205,20		12	0

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Distribuidora Hospitalar conforme Portaria SUTRI nº 942, de 22 de abril de 2020_Sef_MG

NAF 003187
LOCAL DE ENTREGA: RUA AURORA RAMOS, 46 - CAMPESTRE / MG
Trib. Aprox. R$:450,24 Federal e R$:0,00 Estadual Fonte: IBPT .

RESERVADO AO FISCO

RECEBEMOS AS MERCADORIAS OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL.
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPESTRE.
/ /
Francisco José de Loiola Caixes
Nome do Servidor - CPF Nº CPF: 440.[illegible].658-72
09-10-20

UF: MG
Municipio: CAMPESTRE
Entidade: PREFEITURA MUNICIPAL

6289

Tatiane

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO - GLOBAL
Número da NAF: 003187 Data: 30/09/2020

Emitida por adrianafrazao

Endereço: RUA CORONEL JOSE CUSTODIO, 84 - CEP: 37730-000 - Bairro: CENTRO
C.N.P.J.: 18.178.400/0001-57 Inscrição Estadual: ISENTO Tel / Fax: 3537431950
campestre@campestre.mg.gov.br

Número Processo: **000513 / 2020**
Data: 30/09/2020
Lei nº 13.979, 06/02/2020
Objeto: Medicamentos e Afins

Fornecedor: 251906 - CONCEITO DISTRIBUIDORA DE MED. E MAT. CIRURGICOS LTDA
CNPJ 32.384.285/0001-06 I.E.: Contato:
Endereço: RUA PORTO SEGURO, 387 Complemento: LOJA 1
CEP: 31070-130 Bairro: NOVA VISTA Cidade: BELO HORIZONTE UF: MG
Telefone: 31 3568-8888 Fax: Email: televendas2@conceitodistribuidora.com.br

Ficha:	00386	
Órgão:	02	EXECUTIVO
Unidade:	02.10	SECRETARIA DE SAUDE
Sub-Unidade:	02.10.01	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Funcional Programatica:	10.122.0033.2060	ENFRENTAMENTO DE EMERGENCIA COVID-19
Elemento da Despesa:	3.3.90.30.00	Material de Consumo
Desdobramento:	09	Medicamentos
Fonte de Recurso:	1.54	Outras Transferências de Recursos do SUS
Sub Fonte:	00	Outras Transferências de Recursos do SUS

Item	Código	Descrição do Material / Serviço	Unidade	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
00001	00922527	Midazolan 5mg - 3ml	C Amp	200,0000	8,5500	1.710,0000

Valor Total: **1.710,00** (Um mil, setecentos e dez reais.)

VALOR REF. A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA INTUBAÇÕES QUE SERÁ DESTINADO AO PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL,PARA COMBATE AO COVID 19.
ENTREGAR RUA AURORA RAMOS Nº 46