

**ORDEM DE FORNECIMENTO E E EMPENHO - EQUI ODONTO - (Odonto Hospitalar)**

De: Compras - Secretaria de Saúde

Para: odontohospitalarlicitacao@gmail.com

Cópia:

Cópia oculta:

Assunto: ORDEM DE FORNECIMENTO E E EMPENHO - EQUI ODONTO - (Odonto Hospitalar)

Enviada em: 19/02/2025 | 14:29

Recebida em: 19/02/2025 | 14:29

OF 001-202... .pdf 200.56 KB

EMPENHO -docx 1.42 MB

Prezados, boa tarde!

Segue solicitação (ORDEM DE FORNECIMENTO E E EMPENHO) para aquisição dos equipamentos, conforme Processo Administrativo nº 004/2025, Dispensa sem licitação nº 002/2025.

OBS.: ENVIAR A NOTA FISCAL PARA NOSSO E-MAIL, NA MESMA DATA QUE FOR FATURADA.

Atenciosamente,

Maurinice Marly
Diretora de Compras

RECEBEMOS DE ODONTO HOSPITALAR LTDA ME OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e: 000.012.047											
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		SÉRIE: 1										
ODONTO HOSPITALAR LTDA ME  AVENIDA JÚLIO BRASILEIRO 57 HELIÓPOLIS Garanhuns/PE CEP:55.296-390 Tel: (87) 3025-0254, Email: beffarmaltda@gmail.com DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Consumidor Eletrônica Saída: 1 Entrada: 2 1 Nº 000.012.047 SÉRIE: 1 Página: 1 de 1 CONTROLE DO FISCO  Número do Protocolo: 126250024290433 Data: 11/03/2025 09:36:53													
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA													
INSCRIÇÃO ESTADUAL 026098601	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ DO EMITENTE 03.284.928/0001-33	CHAVE DE ACESSO DANFE - CONSULTA NO SITE: WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR 26250303284928000133550010000120471000120487										
DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF DO DESTINATÁRIO 11.472.475/0001-05	DATA EMISSÃO 11/03/2025										
NOME/RAZÃO SOCIAL FUNDO MUN DE SAUDE DE CUPIRA		CEP 5546000	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 11/03/2025										
ENDEREÇO AV ETELVINO LINS, 1		BAIRRO/DISTRITO CENTRO	HORA DE SAÍDA										
MUNICÍPIO Cupira	FONE/FAX	UF PE	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO										
CÁLCULO DO IMPOSTO													
DESCONTO 0,00	DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	ICMS UF REMETENTE 0,00	FUNDO COMBATE PROBLEZA 0,00	B.C. DE ICMS SUBST. TRIB. 0,00	BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 21.380,00							
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	ICMS UF DESTINATÁRIO 0,00	VALOR DO IPI 0,00	ICMS SUBST. TRIB. 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 21.380,00							
TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS													
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO	1	CODIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ							
ENDEREÇO	MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL									
QUANTIDADE 10,000	ESPÉCIE UN	MARCA DIVERSOS	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 0,000	PESO LÍQUIDO 0,000								
DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO													
CODIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM COD. BARRAS	CST	CFOP	U.M.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B. C. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
004851	COMPRESSOR S45 1,2HP P/ UM CONSULTORIO - SCHUSTER	84148011 7899502612223	102	5102	UN	5,000	3,692,000	18,460,00	0,00	0,00	0,00	18	0
005216	FOTOPOLIMERIZADOR EMITER G - SCHUSTER	90183929 7899502607847	102	5102	UN	5,000	584,000	2,920,00	0,00	0,00	0,00	18	0
FATURA PARCELA - 1													
10/04/2025 R\$ 21.380,00													
CÁLCULO DO ISSQN													
INSCRIÇÃO MUNICIPAL 0	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS		BASE DE CÁLCULO DO IRRF 0,00		ALÍQUOTA DO IRRF 0,00		VALOR DO IRRF 0,00						
DADOS ADICIONAIS													
Informações ao Contribuinte: CONTA PARA DEPOSITO: BANCO DO BRASIL AG:0067-1 C.CORRENTE:12964-X FAVORECIDO ODONTO HOSPITALAR DISPENSA SEM LICITAÇÃO Nº 002/2025 - PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 004/2025 - AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS PERMANENTE ODONTOLÓGICOS, 'ZERONE SISTEMAS - (87) 3761-2933 - (87) 99988-0015 - www.zeronesistemas.com.br							Informações ao Fisco: ' (DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP ' OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL, NÃO ' GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI.) RESERVADO AO FISCO						



Nº 001/2025
Data: 13/02/25

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - CUPIRA PE

ORDEM DE FORNECIMENTO

COMPRAS		RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO		LICITAÇÃO		DADOS		
Responsável:		Departamento de Compras		Tipo de Material:		EQUIPAMENTO PERMANENTE		
CNPJ:		11.472.475/0001-05		Nome Empresa:		ODONTO HOSPITALAR LTDA		
E-mail:		compras.saude@gmail.com		CNPJ		03.284.928/0001-33		
Endereço:		Av. Etelvino Lins S/Nº, Centro, Cupira – PE.		Dados Licitação:		PROC 004/2025 DISPENSA 002/2025		
Local de entrega:		Secretaria Municipal de Saúde						
Horário de Entrega:		07h00 às 13h00	CEP:	55460-000	Cupira-PE			
				Prazo de Entrega:		15 dias corridos		
Item	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS			MARCA	UNID	QUANT	VALOR UNITÁRIO	TOTAL
1	Compressor de ar, uso odontológico isento de óleo, protetor térmico, filtro de ar, pintura interna do reservatório antioxidante, capacidade mínima do reservatório de 40 L, potência mínima de 2HP, bivolt, 60 Hz. Identificação do produto marca do fabricante Certificado de garantia mínima de 02 anos e manual de operação e serviço em português			SCUSTER S45	UNID	5	3.692,00	18.460,00
2	Fotopolimerizador de resinas odontológicas com sistema optoeletrônico, compacto, de fácil manuseio e com design ergonômico; emissão de luz fria e em comprimento preciso de ondas que garanta a polimerização segura, comprimento de onda entre 440nm-460nm; com ajuste de tempo de exposição programável, até 60 segundos			SCUSTER EMITTER G	UNID	5	584,00	2.920,00
							TOTAL	21.380,00

DADOS PARA FATURA

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUPIRA - CNPJ: 11.472.475/0001-05
Av. Etelvino Lins S/Nº, Centro, Cupira - PE. CEP 55.460.000

UNIDADE SOLICITANTE: ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA POPULAÇÃO

Local para Entrega: Av. Etelvino Lins, S/Nº, Centro, Cupira - PE. CEP 55.460.000
Dias e Horários para Entrega: De Segunda a Sexta-feira, das 07h às 13 HORAS
Prazo de Entrega: 10 dias
Prazo de Pagamento: até 30 dias

Mary dos Santos
Márcia Mary dos Santos
Diretora de Compras Saúde
CPF 831.171.304-97

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

30 - Unidade Supervisionada
03 - Fundo Municipal de Saúde

Programa de Trabalho - 10.301.1008.1060.0000- AQUISIÇÃO DE VEÍCULOS, MÓVEIS E EQUIPAMENTOS PARA A ATENÇÃO BÁSICA
Elementos de Despesa - 44.90.00.00 - APLICAÇÕES DIRETAS

UNIDADE SOLICITANTE: ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA POPULAÇÃO

PARA MAIOR RAPIDEZ DE SEU PAGAMENTO

- 1º Registre no corpo de sua Nota Fiscal, o número desta ordem;
2º Reservamo-nos o direito de recusar o material cuja qualidade esteja em desacordo com nossa solicitação e/ou finalidade a que se destina.

Emilliane Beatriz da Silva Gomes
EMILLIANE BEATRIZ DA SILVA GOMES
PORTARIA: 003 2025
SEU. SAÚDE

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE AV ETELVINO LINS CNPJ nº 11.472.475/0001-05		NOTA DE EMPENHO 381
---	--	--

NOTA DE EMPENHO Nº 381	FICHA: 401	DATA: 10/02/2025	REQUISIÇÃO Nº
-------------------------------	------------	------------------	---------------

OR DR - Original ES - Estimativa GL - Global	AD - Adiantamento EX - Extra-Orçamentário RD - Reserva de Dotação	MODALIDADE: OUTRO NÃO APLICÁVEL	CARTA CONVITE Nº	PROCESSO Nº
---	---	--	------------------	-------------

NOME: ODONTO HOSPITALAR LTDA		CPF / CNPJ: 03.284.928/0001-33	Agência:	Conta nº
ENDEREÇO: Avenida Julio Brasileiro,57		BAIRRO: ate 1103/1104	GARANHUNS	PE

CODIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
30	ENTIDADE SUPERVISIONADA
03	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE -FMS
10.301.1008.1060.0000	Aquisição de Veículos, Móveis e Equipamentos para a Atenção Básica
4.4.90.52.04	A DEFINIR
01	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

DOTAÇÃO	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA EMPENHO	SALDO ATUAL
13.000,00	0,00	21.380,00	15.620,00

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO	VALOR TOTAL
VALOR QUE SE EMPENHA REF. AQUISIÇÃO DE MATERIAL E EQUIPAMENTOS PERMANENTES ODONTOLÓGICOS DESTINADOS A ATENÇÃO BÁSICA (SAÚDE BUCAL, CEO , PSF) DESTE MUNICÍPIO. CONFORME PROCESSO 004/2025 , DISPENSA Nº 002/2025 - NOTA FISCAL Nº 12.047. ORDEM DE FORNECIMENTO Nº 001/2025.	

Centro de Custo 110 CEO - Centro de Especialidades Odc 016 Equipamentos Odontológicos	VALOR EMPENHADO	21.380,00
--	-----------------	------------------

EMISSOR  Morgana Sayonara J. de Souza Cruz Responsável pela emissão	AUTORIZAÇÃO  EMILLIANE BEATRIZ DA SILVA GOMES Ordenador de despesas	ATESTO Responsável pelo atesto
---	---	--

LIQUIDACÃO DECLARO QUE A DESPESA RELATIVO A NOTA DE EMPENHO SUPRA ESTÁ LIQUIDADA. CLARICE MARIA INÁCIO Responsável pela liquidação

Empenho Valor R\$	21.380,00
Pague-se a quantia de R\$	21.380,00
vinte e um mil, trezentos e oitenta reais *****	

ORDEM DE PAGAMENTO Nº _____			
BANCO	CONTA	CHEQUE	VALOR

CLARICE MARIA INÁCIO TESOUREIRA

RECIBO RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA EMPENHO. EM _____/_____/_____
--

Credor: ODONTO HOSPITALAR LTDA CPF/CNPJ nº 03.284.928/0001-33
--