



**CIS-COMCAM - CONSORCIO INTER. DE SAUDE DE CAMPO MOURAO**

Estado do Paraná      CNPJ 95.640.322/0001-01

RUA MAMBORE, 1542 CENTRO (044)3523-3684 - CEP 87302-140

**NOTA DE EMPENHO**

Nº do Empenho: **2372 / 2020**      **Ordinário**      **Data: 28/10/2020**      **Página 1 / 1**

Credor: 2711      Carla Cassia Alves Bento

Endereço: - - C.E.P. - -

C.P.F.: 078.527.089-27

R.G.: 10.442.098-2

CGCM

<b>Orgão:</b> 01. CIS-COMCAM	<b>Processo.....:</b> 0/2020
<b>Unidade:</b> 01.001. Cis-Comcam	<b>Tipo de Licitação:</b> Dispensavel
<b>Prog. Trabalho:</b> 10.302.0001.2.001. Manutenção Administrativa do Cis-Comcam	<b>Nº Licitação.....:</b> /
<b>Elemento Desp.:</b> 3.3.9.0.14.00.00. DIÁRIAS - CIVIL	<b>Data Licitação:</b>
<b>Reduzido:</b> 2	<b>F. de TCE:</b>
<b>F. de Recurso:</b> 1005 Recursos do Tesouro (Descentralizados) - Exercício Corrente	01001
<b>Desdobramento:</b> 14 02 SERVIDORES COMISSIONADOS	

<b>Dotação Inicial</b> 20.000,00	<b>Saldo Anterior</b> 15.200,00	<b>Valor</b> 150,00	<b>Saldo Atual</b> 15.050,00
-------------------------------------	------------------------------------	------------------------	---------------------------------

ITEM	QTD	UN	ESPECIFICAÇÃO	VLR. UNITÁRIO	VLR. TOTAL
1	1	Diári	DIÁRIA(S).	300,00	150,00

**HISTÓRICO:** IMPORTE REF. A LIBERAÇÃO DE 1/2 DIÁRIA COM A FINALIDADE DE FAZER FRENTE A DESPESA DE VIAGEM A !

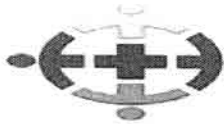
Local de Entrega	<b>Total Retenções:</b>	<b>0,00</b>	<b>Total Liq. Empenho:</b>	<b>150,00</b>
------------------	-------------------------	-------------	----------------------------	---------------

Empenhado por:	Conferido por:	<b>LIQUIDAÇÃO</b>  Declaro que os <input type="checkbox"/> Serviços foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada
Alexandro Sebastião dos Santos	CONTADOR	

Autorizo a Despesa Acima Discriminada	Data	Nome / Assinatura
CAMPO MOURÃO, de de		

_____ Carla Cassia Alves Bento Coordenador	<b>PAGAMENTO</b> <b>ORDEM DE PAGAMENTO</b> Pague-se ao favorecido o valor acima especificado, proveniente, desta nota de empenho. CAMPO MOURÃO, de de
--	---

<b>RECIBO</b> Recebi(emos) da tesouraria da CIS-COMCAM - CONSORCIO INTER. DE SAUDE DE CAMPO MOURAO, a importância especificada acima em moeda corrente do país. CAMPO MOURÃO, de de	Banco _____
	Nº da Conta _____ Nº da Cheque _____



**ANEXO I – SOLICITAÇÃO DE DIÁRIAS – ATO Nº 021/2020.**

**OBS.: Resolução n. 8/2013 – Código do ato n. 83.**

PROPOSTA DE VIAGEM	
<b>Servidor(a)</b>	<b>Nome: Carla Cassia Alves Bento – Matrícula 213</b> <b>Cargo ou Função: Coordenadora</b>

Serviço a executar e período	
<b>Serviço a executar e período</b>	<b>1) Viagem a Maringá/Pr – Percurso – 134 KM</b>

Justificativa detalhada (razões)	
<p><b>De: 28/10/2020 à 28/10/2020.</b>  <b>Cidade Destino: Maringá - Paraná</b>  <b>Percurso: 140 KM</b>  <b>Objetivo:</b> A presente viagem tem como objetivo, buscar fármacos (COLÍRIOS ANESTÉSICOS) para o início da execução dos serviços de oftalmologia nas dependências do Cis-Comcam, junto a empresa MULTIHOSP COMERCIAL DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA EPP, Av. Pintassilgo, 462, Parque das Laranjeiras, Maringá – Pr.</p> <p><b>DATA DA SAÍDE EM VIAGEM: 28/10/2020.</b>  <b>DATA DO RETORNO A C. MOURÃO: 28/10/2020.</b></p> <p><i>Diária: R\$ 300,00 – “Resolução 8 2013 - Art. 1, I - Diária Integral - A cada afastamento do Município sede do Cis-Comcam, que ensejar pernoite”.</i>  <i>½ Diária: R\$ 150,00 – “Resolução 8 2013 - Art. 1º, II - “1.2 (meia) de Diária - A cada afastamento, que não ensejar pernoite, e que o percurso for superior a 100 (cem) quilômetros”.</i>  <i>¼ Diária: R\$ 75,00 – “Resolução 8 2013 - Art. 1º, III - “1.4 (um quarto) de Diária - A cada afastamento, que não ensejar pernoite, e que o percurso for inferior a 100 (cem) quilômetros”.</i></p>	

Relatório De Viagem	Localidade	Nº de Dias
		<b>Maringá – Pr.</b>

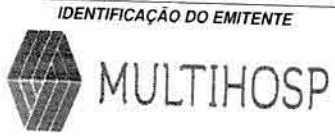
Prazo de Utilização	Importância requisitada
<b>28/10/2020 a 28/10/2020</b>	<b>150,00</b>

**Meio de Viagem: Veículo Duster, BCI9952.**

 <b>Proponente</b>	 <b>Assinatura e Carimbo da Chefia</b>
--	---

**ATENÇÃO: Deverá o proponente juntar ao respectivo processo os comprovantes da viagem.**

01.00L  
 e 271L  
 F 1005  
 D 2



**HOSP COMERCIAL DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA EPP**  
 Av. Pintassilgo, 462 - Parque das Laranjeiras  
 Maringá - PR CEP 87083-085

**DANFE**  
 Documento Auxiliar da  
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA  
 0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA **1**  
 Nº 000.005.499  
 SÉRIE: 1  
 FOLHA: 1/1



**CHAVE DE ACESSO**  
 4120 1032 4214 2100 0182 5500 1000 0054 9919 2745 3941

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

TURMA DA OPERAÇÃO  
**VENDAS DE MERCADORIAS**

INSCRIÇÃO ESTADUAL **908.03360-44** INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTÁRIO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
**141200204478787 26/10/2020 13:45:24**  
 CNPJ **32.421.421/0001-82**

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME/RAZÃO SOCIAL  
**CONSORCIO INT DE SAUDE DA COM DOS M DA REG DE C MOURAO**  
 ENDEREÇO **R MAMBORE, 1542** BAIRRO/DISTRITO **CENTRO** CNPJ/CPF/AEstrangeiro **95.640.322/0001-01** DATA DE EMISSÃO **26/10/2020**  
 MUNICÍPIO **CAMPO MOURAO** FONE/FAX **(44)3523-3684** UF **PR** INSCRIÇÃO ESTADUAL **87302-140** DATA DE SAÍDA/ENTRADA **26/10/2020**  
**FATURA/DUPLICATA** 001 25/11/20 R\$ 905,80 HORA DE SAÍDA **13:45:23**

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	905,80
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b>				VALOR TOTAL DA NOTA
RAZÃO SOCIAL				905,80

FRETE POR CONTA **0-Rem (CIF)** CÓDIGO ANTT PLACA DO VEICULO UF CNPJ/CPF  
 MUNICÍPIO UF INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 QUANTIDADE **1** ESPÉCIE **CAIXA** MARCA  
 NUMERAÇÃO PESO BRUTO PESO LÍQUIDO

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO**

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ. ICMS
2725	CLORIDRATO DE TETRACAÍNA + CLORIDRATO DE FENILEFRINA COLÍRIO ALLERGAN cProdANVISA=1014700490014 PMC=0,00 Lote=F65362 Qtd=20 Fab=19/03/2020 Val=19/03/2022 EAN: 7897316801079	30049029	0102	5102	FR	20	15,69	313,80	0,00	0,00	0
6854	COLÍRIO FLUORESCÉINA 1% 3ML OFTALMOPHARMA Lote=FL010120B Qtd=20 Fab=02/04/2020 Val=30/04/2022	32041990	0102	5102	FR	20	29,60	592,00	0,00	0,00	0

**CÁLCULO DO ISSQN**

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

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
**P 6449**  
 DOCUMENTO EMITIDO POR EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI, NAO PERMITE O APROVEITAMENTO DE CREDITO DE ICMS. CFE TERMOS DO ART. 23 DA LC. 123/2006

RESERVADO AO FISCO

BRIOCHE CROCANTE PANIF E CONF.LTDA  
BRIOCHE CROCANTE CNPJ:12.403.926/0001-07 IE:9053035466  
Telefone:(44)3224-53046  
AV PARANA, 1511, ZONA 7, MARINGA-PR, CEP:87020085

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA

SEQ CÓDIGO DESCRIÇÃO	QTDE UN	VL UN	VL TOTAL
001 768 SUCO LARANJA	1 UN X	6,80	6,80
002 862 EMPADA DE PALMITO COM	2 UN X	7,80	15,60
003 765 SUCO ABAC. HORT. C/ AG	1 UN X	6,80	6,80
004 3253 TORTOLETE UN	1 UN X	8,50	8,50
005 3648 MINI TORTA DOS ANJOS	1 UN X	14,50	14,50

Qtde. Total de Itens 5  
Valor Total R\$ 52,20  
Cartao de Credito 52,20  
Valor Recebido R\$ 52,20  
Valor Troco R\$ 0,00

Consulte pela Chave de Acesso em  
4120 1012 4039 2600 0107 6512 0000 1851 0410 0185 1410



CONSUMIDOR CPF: 078.527.089-27  
NFCe Nº 185104 Série 120  
28/10/20 15:55:00

Protocolo autorização: 141201256726097

Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012) 0,97  
Trib aprox R\$: 2.54 Fed, 5.45 Est, 0.00 Mun, FONTE:IBPT  
CLIENTE

BRIOCHE CROCANTE PANIF E CONF.LTDA  
BRIOCHE CROCANTE CNPJ:12.403.926/0001-07 IE:9053035466  
Telefone:(44)3224-53046  
AV PARANA, 1511, ZONA 7, MARINGA-PR, CEP:87020085

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA

SEQ CÓDIGO DESCRIÇÃO	QTDE UN	VL UN	VL TOTAL
001 768 SUCO LARANJA	1 UN X	6,80	6,80
002 862 EMPADA DE PALMITO COM	2 UN X	7,80	15,60
003 765 SUCO ABAC. HORT. C/ AG	1 UN X	6,80	6,80
004 3253 TORTOLETE UN	1 UN X	8,50	8,50
005 3648 MINI TORTA DOS ANJOS	1 UN X	14,50	14,50

Qtde. Total de Itens 5  
Valor Total R\$ 52,20  
Cartao de Credito 52,20  
Valor Recebido R\$ 52,20  
Valor Troco R\$ 0,00

Consulte pela Chave de Acesso em  
4120 1012 4039 2600 0107 6512 0000 1851 0410 0185 1410



CONSUMIDOR CPF: 078.527.089-27  
NFCe Nº 185104 Série 120  
28/10/20 15:55:00

Protocolo autorização: 141201256726097

Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012) 0,97  
Trib aprox R\$: 2.54 Fed, 5.45 Est, 0.00 Mun, FONTE:IBPT  
CLIENTE



---

**Transferência entre contas diversas**

## Debitado

Nome TAXA ADMINISTRATIVA  
Agência 406-5  
Conta corrente 70509-8

## Creditado

Nome CARLA CASSIA ALVES BENTO  
Agência 406-5  
Conta corrente 65360-8  
Valor 150,00  
Data Nesta data

---

Assinada por	JB503990 CARLA C ALVES BENTO	03/11/2020 09:59:17
	JB503991 CARLOS ROSA ALVES	03/11/2020 10:00:12

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JB503991 CARLOS ROSA ALVES.