



CIS-COMCAM
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

AUTORIZAÇÃO DE DESPESA


(PEQUENA MONTA 09/2020)

O setor de compras vem mui respeitosamente na presença de Vossa Excelência, solicitar a autorização de compra, cujo pedido, orçamentos e justificativa encontram-se em anexo.

Uma vez que o valor da despesa não ultrapassa o estabelecido na Resolução de Diretoria nº 01/2017, de aquisição de bens e serviços de pequena monta, pede-se deferimento.

VALOR= R\$ 1.500,00 REF. A COMPRA DE MÁSCARAS C/ELÁSTICO MARCA DAVERY.

Dotação Orçamentária nº 01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.30.00.00- Fonte – 01001 – Material de Consumo.

Defiro a presente solicitação. 07/04/2020 Assinatura: 

Indefiro a presente solicitação. ___/___/___ Assinatura: _____


Alexandre S. dos Santos
Contador


Carla Cassia Alves Bento
Coordenadora Geral

Data: 07/04/2020

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

CNPJ: 95.640.322/0001-01

** Elotech **

07/04/2020

Paraná

Saldo de Dotações

Reduzido: 3

Programática: 01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.30.00.00.

Especificação Fonte: 01001

Descrição: MATERIAL DE CONSUMO


<u>Vlr Previsto</u>	<u>Vlr Sup.</u>	<u>Vlr Redução</u>	<u>Vlr Reserv.</u>	<u>Vlr Corrig.</u>	<u>Orc. Atualizado</u>	<u>Vlr Solicit.</u>	<u>Vlr NAD</u>	<u>Vlr Empenho</u>	<u>Saldo a Solic.</u>
360.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	360.000,00	79.599,30	79.599,30	79.599,30	280.400,70

Totalizações:

<u>Vlr Previsto</u>	<u>Vlr Sup.</u>	<u>Vlr Redução</u>	<u>Vlr Reserv.</u>	<u>Vlr Corrig.</u>	<u>Orc. Atualizado</u>	<u>Vlr Solicit.</u>	<u>Vlr NAD</u>	<u>Vlr Empenho</u>	<u>Saldo a Solic.</u>
360.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	360.000,00	79.599,30	79.599,30	79.599,30	280.400,70

Funcionamento depósito 2020

- Só serão aceitos pedidos em via impressa e com assinatura do responsável.
- Solicitamos que os responsáveis fiquem atentos quanto a utilização dos materiais de consumo e avisem com antecedência se os mesmos já estão chegando ao fim, para que assim sejam providenciados.
- **Utilizar modelo de solicitação abaixo.**

 Guia de Solicitação de Material		
Setor: depósito	Data: 28 / 02 / 2020	
Material	Quantidade Solicitada	Quantidade Entregue
MASCARA PROTEÇÃO HOSPITALAR DESCARTAVEL	15 CX	

Assinatura do responsável pela solicitação

FORNECEDORES

A - CIRURGICA ITAMARATY
 CNPJ : 29.426.310/0001-54
 NOME DO VENDEADOR: JUNIOR
 TELEFONE : (44) 3810-0492

B - ELISMED
 CNPJ:07.127.606/0001-31
 NOME DO VENDEADOR : ELISMED
 TELEFONE : (44)3810-7155

C - MARKA
 CNPJ: 84.949.668/0001-70
 NOME DO VENDEADOR : EDSON
 TELEFONE : (42)3622-3231

ITEM	QTDE.	UNID	ESPECIFICAÇÃO	A		B		C	
				UNIT	TOTAL	UNIT	TOTAL	UNIT	TOTAL
1	500	4	Mascara Desc elastico marca DAVERY	R\$ 3,00	R\$ 1.500,00	R\$ 4,00	R\$ 2.000,00	R\$ 4,80	R\$ 2.400,00
TOTAL GERAL POR FORNECEDOR				R\$	1.500,00	R\$	2.000,00	R\$	2.400,00

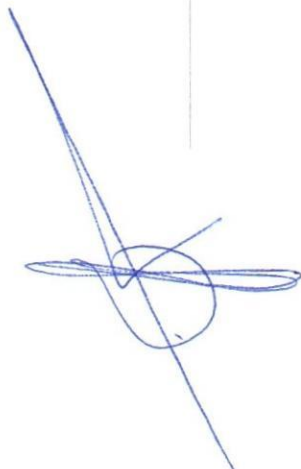
DATA

07/04/2020

ASSINATURA



DEPARTAMENTO DE COMPRAS E LICITAÇÕES





29426310/0001-54

Cirurgica Itamaraty Comercial
Eireli

AV. GOIOERÉ, 180
CENTRO - CEP 87302-070
CAMPO MOURÃO - PR

CADASTRO ICMS
90812369-73

Cirurgica Itamaraty Comercial
Eireli

AV. GOIOERÉ, 180
CENTRO - CEP 87302-070
CAMPO MOURÃO - PR

**ANEXO
CARTA PROPOSTA**

Ao

Pregoeiro e equipe de apoio da CONSORCIO INTERMUNICIPAL SAUDE DA COMCAM

PROPOSTA DE PREÇOS - PREVIA CARTA CONVITE 00018/2020

Apresentamos nossa proposta para fornecimento dos Itens abaixo discriminados, conforme ANEXO, que integra o instrumento convocatório da licitação em epigrafe.

Lote 1

Lote	Item	Qtde.	Unid.	Descrição	Marca	V. Unit.	V. Total
1	1	500	4	Mascara Desc c/elast 1 Un - Mascara Desc c/elast 1 Un	DAVERY	R\$ 3,00	R\$ 1.500,00
							R\$ 1.500,00

IDENTIFICAÇÃO DO CONCORRENTE:

1. RAZÃO SOCIAL: CIRURGICA ITAMARATY COMERCIAL - EIRELI	3. INSC ESTADUAL: CIRURGICA ITAMARATY COMERCIAL - EIRELI
2. C.N.P.J.: 29.426.310.0001-54	5. CARGO: SOCIO-GERENTE
4. REPRESENTANTE: ELISMAR DE SOUZA VIEIRA	7.
6.	9. C.P.F.: 775.452.309-49
8. R.G.: 3.949.042-0	11. TELEFONE: (44)3810-0492
10. ENDEREÇO: AV GOIOERE, 180 CENTRO - CAMPO MOURAO - PR - C.E.P. 87.302-070	13.
12.	15.
14. E-MAIL: cir.itamaraty@gmail.com	

DECLARAÇÕES:

Tomamos conhecimento de todas as informações e das condições locais para o cumprimento das obrigações, e execução do objeto da licitação e na concordância com todos os termos deste edital, inclusive no seguinte:

Que a proposta de preços terá validade conforme edital.

Que atende os requisitos de qualidade mínima exigidos do(s) produto(s) ou serviço(s) bem como seus prazos e condições de entrega.


Que os preços apresentados na proposta incluem todos os custos e despesas, tais como: custos diretos e indiretos, tributos incidentes, taxa de administração, serviços, encargos sociais, trabalhistas, seguros, treinamento, lucro e outros necessários ao cumprimento integral do objeto deste edital e seus Anexos.

VALOR DA PROPOSTA: R\$ 1.500,00 (Hum Mil, Quinhentos Reais)

DECLARAMOS, para os devidos fins e sob as penas da lei, que esta empresa, na presente data, é considerada Empresa De Pequeno Porte nos termos do artigo 3º da Lei Complementar n.º 123, de 14/12/2006;

PRAZO DE ENTREGA: O(s) objeto(s) licitados deverão ser entregues após a solicitação da Secretaria Municipal Competente, mediante nota de empenho, no prazo estipulado pelo Edital, durante o período de vigência da ata, no local determinado pela Administração.

CAMPO MOURAO, 6 de abril de 2020.


CIRURGICA ITAMARATY COMERCIAL - EIRELI
CNPJ 29.426.310.0001-54 / IE 9081236973
ELISMAR DE SOUZA VIEIRA
SOCIO-GERENTE
RG 3.949.042-0 / CPF 775.452.309-49

Orçamento Solicitado por
 Consorcio Intermunicipal Saude da Comcam
 Orçamento Nº: 00006/2020

1 - Lote 1

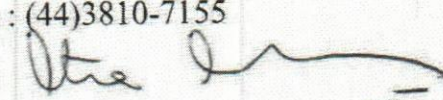
Item	Especificação do Produto	Unid.	Ct.	Quant.	Unit.	Total
1	Mascara Desc c/elast 1 Un Davery	UN		500	4,0000	2.000,00

Total do Lote : 2.000,00

Total : 2.000,00
 (Dois Mil Reais)

Condições de Pagamento : A Vista
 Prazo de Entrega : 10 Dias
 Proposta Válida por : 10 Dias

Elismed Com Equip e Mat Medicos Eireli- Epp
 C.N.P.J. : 07.127.606/0001-31
 Inscrição Estadual : 9032516464
 Rua Maria Olimpia Jardim, 334 - IZABEL - Fone/Fax : (44)3810-7155
 CEP : 87.309-185 - Campo Mourao - PR



903.25164-64
 ELISMED COMERCIAL DE EQUIPAMENTOS
 E MATERIAIS MEDICOS EIRELI-EPP
 RUA MARIA OLIMPIA JARDIM, 334 SL 02
 CEP 87.309-185 JD IZABEL
 CAMPO MOURÃO - PARANÁ

07.127.606/0001-31
 ELISMED COMERCIAL DE EQUIPAMENTOS
 E MATERIAIS MÉDICOS EIRELI-EPP
 RUA MARIA OLIMPIA JARDIM, 334 SL 02
 CEP 87.309-185 JD IZABEL
 CAMPO MOURÃO - PARANÁ



1

NARKA COMERCIAL EIRELI EPP
CNPJ: 84.949.668/0001-70 IE: 40107639-54
RUA: PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS, 2067 - CENTRO
FONE: 42-3622-3231 FAX: 42-3622-1358
EMAIL: NARKA.VENDAS@HOTMAIL.COM

ANEXO
CARTA PROPOSTA

Ao

Pregoeiro e equipe de apoio da CONSORCIO INTERMUNICIPAL SAUDE DA COMCAM

PROPOSTA DE PREÇOS - PREVIA CARTA CONVITE 00007/2020

Apresentamos nossa proposta para fornecimento dos Itens abaixo discriminados, conforme ANEXO, que integra o instrumento convocatório da licitação em epígrafe.

Lote 1

Lote	Item	Qtde.	Unid.	Descrição	Marca	V. Unit.	V. Total
	1	500	4	Mascara Desc c/elast 1 Un - Mascara Desc c/elast 1 Un	DAVERY	R\$ 4,80	R\$ 2.400,00
							R\$ 2.400,00

IDENTIFICAÇÃO DO CONCORRENTE:

1. RAZÃO SOCIAL: NARKA COMERCIAL EIRELI EPP	
2.CNPJ: 84.949.668/0001-70	3.INSCRIÇÃO ESTADUAL: 40107639-54
4.REPRESENTANTE: EDSON LUIZ PRIMAK	5.CARGO:REPRESENTANTE LEGAL
6.ESTADO CIVIL: Casado	7.
8.RG: 759.124-1	9.CPF: 213.894.899-49
10.ENDEREÇO: Rua Getúlio Vargas 2067 – CENTRO – GUARAPUAVA-PR CEP 85010-280	11.TELEFONE: (42) 3622-3231
12.AGÊNCIA BANCÁRIA: 0299-2 BANCO DO BRASIL	13.C/C: 12463- X
14.E-mail: narka.vendas@hotmail.com	15.

DECLARAÇÕES:

Tomamos conhecimento de todas as informações e das condições locais para o cumprimento das obrigações, e execução do objeto da licitação e na concordância com todos os termos deste edital, inclusive no seguinte:

Que a proposta de preços terá validade conforme edital.

Que atende os requisitos de qualidade mínima exigidos do(s) produto(s) ou serviço(s) bem como seus prazos e condições de entrega.

Que os preços apresentados na proposta incluem todos os custos e despesas, tais como: custos diretos e indiretos, tributos incidentes, taxa de administração, serviços, encargos sociais, trabalhistas, seguros, treinamento, lucro e outros necessários ao cumprimento integral do objeto deste edital e seus Anexos.

VALOR DA PROPOSTA: R\$ 2.400,00 (Dois Mil, Quatrocentos Reais)

DECLARAMOS, para os devidos fins e sob as penas da lei, que esta empresa, na presente data, é considerada Empresa De Pequeno Porte nos termos do artigo 3º da Lei Complementar n.º 123, de 14/12/2006;

PRAZO DE ENTREGA: O(s) objeto(s) licitados deverão ser entregues após a solicitação da Secretaria Municipal Competente, mediante nota de empenho, no prazo estipulado pelo Edital, durante o período de vigência da ata, no local determinado pela Administração.

Guarapuava, 6 de abril de 2020.

NARKA COMERCIAL EIRELI LTDA.
CNPJ: 84.949.668/0001-70 IE: 40107639-54
EDSON LUIZ PRIMAK
REPRESENTANTE LEGAL
RG:759.124-1 CPF: 213.894.899-49

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ITAMARATY

COMERCIAL LTDA

CIRURGICA ITAMARATY COMERCIAL - EIRELI - CIRURGICA ITAMARATY

AV GOIOERE, 180 - TERREO - CENTRO
87302-070 CAMPO MOURAO - PR
44 3810-0492

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA
NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA

1

000.000.049
SÉRIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

4120 0429 4263 1000 0154 5500 1000 0000 4910 0003 4365

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e

www.nfe.fazenda.gov.br/portal

ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

141200063955483 08/04/2020 10:42:14

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA MERC ADO TERCEIROS

INSCRIÇÃO ESTADUAL

90.812.369-73

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

29.426.310/0001-54

DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL

CONSORCIO INTERMUNICIPAL SAUDE DA COMCAM

CNPJ

95.640.322/0001-01

DATA DA EMISSÃO

08/04/2020

ENDEREÇO

RUA MAMBORE, 1542

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

87302-140

DATA DA SAÍDA

08/04/2020

MUNICÍPIO

CAMPO MOURAO

UF

PR

FONE / FAX

44 3523-3684

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ISENTO

HORA DA SAÍDA

10:42:21

FATURA / DUPLICATA

001 15/04/2020 1.500,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC ICMS	VALOR ICMS	BASE CÁLC ICMS ST	VALOR ICMS ST	TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.500,00
VALOR FRETE	VALOR SEGURO	VALOR DESCONTO	OUTRAS DESP	VALOR IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DA NOTA				1.500,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEIC	UF	CNPJ
	0-Remetente				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ. ICMS
48162	MASCARA DESC C/ELAST 1 UN DAVERY Lote=445656 Fab=01/04/2020 Val=31/03/2050 R.ANVISA=00000000000000	90189099	0400	5102	UN	400	3,00	1.200,00	0,00	0,00	
48162	MASCARA DESC C/ELAST 1 UN DAVERY Lote=445656-DA Fab=10/12/2019 Val=08/04/2023 R.ANVISA=00000000000000	90189099	0400	5102	UN	100	3,00	300,00	0,00	0,00	

CERTIFICADO de recebidos os materiais/serviços do presente e efetuada a entrega para a COMCAM.

[Assinatura] 09/04/2020

NOME: _____

~~CONV. MIN. DE SAUDE CIS-COMCAM
CONVENIO nº _____
Comissão de Recebimento
Portaria nº _____~~

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Valor Aprox Tributos: 270.00 Reais 18.0000 Percent) Fonte: Ibpt C. 643 Rep. 44 Conta P
Deposito 71091-1 Agencia 0406-5 Banco Brasil

Visto _____
RESERVADO AO FISCO
Visto _____
Visto _____
Visto _____
Visto _____