

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ 13 843 145/0001-04

Sistema CECAM

(Página 1/1)

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|-------------------------|
| DATA 23/09/2021 | N.E. GLOBAL Nº 10331 | PEDIDO Nº 3097 | RESERVA Nº | PROCESSO Nº/REQUISIÇÃO 5771/2020 | FICHA Nº 756 |
| INTERESSADO 5450 - INOVAMED HOSPITALAR LTDA | C.N.P./C.P.F. 012.889.035/0001-02 | BANCO 001 | AGÊNCIA 132-5 | CONTA 161027-9 | |
| ENDEREÇO RUA JOÃO CARUSO, 2115 - INDUSTRIAL - ERECHIM - RS | CEP. 99706-300 | TELEFONE 3522-4273 | | | |
| EMAIL inovamed@inovamed-rs.com.br | LOCAL DE ENTREGA Rua das Castanheiras, nº 200 - Jd. São Pedro (Complexo CELOG) | PRAZO ENTREGA Conforme Memorial | | | |
| LICITAÇÃO MODALIDADE Nº PREGÃO ELETRÔNICO - 96/2020 | FUNDAMENTO LEGAL | CONDIÇÕES DE PAGAMENTO 10 dias fora da dezena | VALIDADE PROPOSTA 21/12/20 à 21/12/21 | | |
| ORGÃO 02-PREFEITURA MUNICIPAL | UNIDADE ORÇAMENTARIA 02.35-SEC.MUNICIPAL DE SAÚDE | UNIDADE EXECUTORA 02.35.02 - DEPARTAMENTO DE ASSI | FUNÇÃO 10 | SUB FUNÇÃO 301 | PROGRAMA 0206 |
| PROJETO ATIVIDADE 2050 - Manutenção da Unidade | CATEGORIA ECONÔMICA 3.3.90.30.09 - MATERIAL FARMACOLÓGICO | ÁREA DE ATUAÇÃO 0 - | | | |
| DESTINAÇÃO DE RECURSOS 02.312.0001 - AUXÍLIO - CORONAVIRUS - COVID 19 | REGIME | ADIANTEAMENTO NÃO | | | |
| ATIVO NÃO FINANCEIRO | | CONTRATO | | | |
| PASSIVO NÃO FINANCEIRO | | CONVÊNIO | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--------|--------------------|------------------|---------------------|--------|--------|--------|----------|---------|---------|---------|
| DOTAÇÃO ATUAL | | EMPENHADO ANTERIOR | VALOR EMPENHADO. | SALDO | | | | | | | |
| 1.717.200,00 | | 575.878,20 | 1.080,00 | 1.140.241,80 | | | | | | | |
| COTA 1 | COTA 2 | COTA 3 | COTA 4 | COTA 5 | COTA 6 | COTA 7 | COTA 8 | COTA 9 | COTA 10 | COTA 11 | COTA 12 |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.080,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| VÍNCULOS | | | CENTRO DE CUSTOS | | |
|--------------|--------------------------|-----------------|------------------|--------------|-----------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR | CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR |
| 6 | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE | 1.080,00 | 1211 | Medicamentos | 1.080,00 |
| TOTAL | | 1.080,00 | TOTAL | | 1.080,00 |

ITENS DA NOTA

| ITEM | CÓDIGO | QUANTIDADE | UNIDADE | ESPECIFICAÇÃO | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|--------------|--------|------------|---------|------------------------|----------------|-----------------|
| 1 | 0 | 13.500,000 | COM | LORATADINA 10 MG COMP. | 0,0800 | 1.080,00 |
| TOTAL | | | | | | 1.080,00 |

CLAUDINEI LUCIO
 CONTADOR
 CRC 15P290070



MUNICÍPIO DE HORTOLANDIA
ADMINISTRAÇÃO
COMPRAS E LICITAÇÕES
Pedido de Compra 3097/2021 - 0

(Página: 1 / 1)

Sistema CECAM
 Data: 04/10/2021 15:26
 Sistema CECAM

Nº Pedido de Compra: 3097/2021
Categoria Econômica: 3.3.90.30.00 -
Modalidade: 96/2020 - PR-E PREGAO ELETRÔNICO
Processo Nº: 5771/2020 **Empenho:** 10331/2021 - 23/09/2021
Vínculo: ORDINÁRIO

Fornecedor 11095 INOVAMED HOSPITALAR LTDA
Nome Fantasia INOVAMED HOSPITALAR LTDA
 Endereço RUA JOÃO CARUSO, 2115
 Bairro INDUSTRIAL
 Cidade ERECHIM Estado RS
 CEP 99706-300 Nº Telefone (054) 3522-4273
 C.P.F / C.N.P.J. Nº 12.889.035/0001-02 Nº Fax (054) 3522-4273
 Inscr. Estadual Inscr. Municipal
 e-mail inovamed@inovamed-rs.com.br

Local de Entrega CENTRO DE ABASTECIMENTO DA SAÚDE
Ficha Nº 756
Dest. Recurso 023120001 Auxilio Covid 19

Endereço Rua: das Castanheiras, nº 200 - Jd. São Pedro (Complexo CELOG Rua 3 Barracão 36
 Unidade Orçamentaria 23502 DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE
 Validade SESENTA DIAS
 Prazo Entrega Conforme Memorial Descritivo Prazo de Pagto 10 dias fora da dezena
 Garantia ATA DE RP 323/20 - DE 21/12/20 À 21/12/21 - MI 920/21
 Objeto MEDICAMENTOS
 Aplicação SEC DE SAÚDE 02.312.0001
 Nº Requisição 3376/2021
 Multa .

Usuário regianascimento

Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.

Emitido Para MUNICÍPIO DE HORTOLANDIA
C.N.P.J. 67.995.027/0001-32 **Inscrição Nº** Isenta
Endereço Rua José Claudio Alves dos Santos, nº 585-Remanso Campineiro-SP CEP 13184-472

Nº Telefone: () (-) **Nº Fax:** () (-)
Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:

| Item Nº | Quantidade | Un.Med. | Especificação | Valor Unitário | Valor Total |
|-------------------------------|------------|---------|------------------------------------|----------------|-----------------|
| 001 | 13500 | COM | 01.002.4637/LORATADINA 10 MG COMP. | 0,0800 | 1.080,00 |
| Pedido 3097/2021 Total | | | | | 1.080,00 |
| Cancelados (-) | | | | | 0,00 |
| Descontos (-) | | | | | 0,00 |
| Impostos (+) | | | | | 0,00 |
| Valor | | | | | 1.080,00 |

(UM MIL E OITENTA REAIS)

HORTOLANDIA, 23 de Setembro de 2021

PEDRO REIS GALINDO
SECRETÁRIO DE FINANÇAS



A/C Secretaria de Finanças
Departamento de Planejamento Orçamentário

MI CAS. Nº: 920/2021
Protocolo WEB Nº: 26068/2021
Hortolândia, quinta-feira, 16 de setembro de 2021

Ref.: SOLICITAÇÃO EMPENHO

Solicitamos a liberação para emissão de empenho, conforme dados abaixo:

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº : 323/2020
CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE HORTOLÂNDIA/ FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.
DETENTORA: INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA
PROCESSO ADMINISTRATIVO: Nº 5771/2020
PROCESSO LICITATÓRIO: PREGÃO Nº 96/2020
VIGÊNCIA DA ATA: 20/12/2021
Gestor(a): Dênis André José Crupe

| COTA AMPLA CONCORRÊNCIA | | | | | | | |
|-------------------------|---|--------|-------------|------|-----------|--------------|-----------------|
| ITEM | MATERIAL | QUANT | CÓD.CECAM | UNID | VLR UNI | VALOR TOTAL | SALDO POSTERIOR |
| 123 | Loratadina em comprimido com 10 mg, embalado em blister ou strip, conforme consta no registro do produto. A embalagem deverá trazer externamente os dados de identificação, número de lote, data de fabricação e data de validade. O prazo de validade mínimo deve ser de 18 meses a partir da data da entrega. | 13.500 | 01.002.4637 | COM | R\$ 0,080 | R\$ 1.080,00 | - |
| | | | | | TOTAL | R\$ 1.080,00 | |


O valor de R\$ R\$ 1.080,00 (UM MIL E OITENTA REAIS), que será onerado na dotação orçamentária:

Ficha: 756 - Fonte: 2 - Aplicação: 312.000 Convênio: Auxílio COVID-19

Justificativa: Promover o abastecimento de medicamentos utilizados no tratamento dos sintomas da COVID-19.

Atenciosamente,


Dênis André José Crupe
Secretário de Saúde


Camila M. P. Cruz
Farmacêutica CRF - SP 56207
SMS - Central de Abastecimento da Saúde

Prefeitura Municipal de Hortolândia
Secretaria de Saúde - Central de Almoarifado da Saúde
Tel.: 19 3897-2064 | e-mail: cashortolandia@hortolandia.sp.gov.br

Recebi em
23/09/21

Departamento de Suprimentos



NOTA DE RESERVA Nº 3230

Data: 21/09/2021
Processo: PROT. 26068/2021
Ficha: 756
Interessado: SEC. SAÚDE
Modalidade: PREGÃO PRESENCIAL
Validade:

CLASSIFICAÇÃO

| | | |
|----------------------------------|--------------|---|
| Orgão: | 02.00.00 | PREFEITURA MUNICIPAL |
| Unidade Orçamentária: | 02.35.00 | SEC.MUNICIPAL DE SAÚDE |
| Unidade de Executora: | 02.35.02 | DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚ |
| Função/Sub-Função: | 10.301 | Atenção Básica |
| Programa: | 0206 | HORTOLÂNDIA SAUDÁVEL |
| Projeto/Atividade/Oper.Especial: | 2050 | Manutenção da Unidade |
| Classificacao Econômica: | 3.3.90.30.00 | MATERIAL DE CONSUMO |
| Destinação Recurso: | 02.312.0001 | AUXÍLIO - CORONAVIRUS - COVID 19 |
| Valor da Reserva | 1.080,00 | (um mil, oitenta reais) |

Especificação da Despesa:
MI.CAS 920/2021 - LORATADINA

Reservado nas Cotas:
9 1.080,00

HORTOLÂNDIA, 21 de Setembro de 2021



MARIA LUÍSA DENADAI
RG13 293 105-9
DIRETORIA PLANEJAMENTO