



Prefeitura Municipal de Santa Cecília do Pavão-PR

Rua Jerônimo Faria Martins, nº 514 – Ed. Odoval dos Santos – Centro

CEP 86225-000

CNPJ – 76.290.691/0001-77

4431

ORDEM DE FORNECIMENTO 1794/2024

Empenho:

Processo de compra nº: Pregão Eletrônico - 32/2023Eletrônico

Contrato nº: -----

Condição de pagamento: parcelada

Número ARP: 37/2023

Dotação:

Tipo contrato: -----

FARMACIA

DADOS DO FORNECEDOR

Nome/ Raz. Social: CLASSMED - PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - EPP

Cod.: 4880

Nome Fantasia: CLASSMED - PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - EPP

CPF/ CNPJ: 01.328.535/0001-59

Endereço: CENTRO, - CENTRO - ARAPONGAS -PR CEP: 86225-000 - Fone: (434) 33275-3105

RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO E ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

Nome/ Raz. Social: Leandro Francioli

Cod.: 2266

Estrutura Administrativa: 1.12.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Finalidade: Aquisição de medicamentos para a saúde, memorando 229/2024.

ENDEREÇO PARA ENTREGA

Endereço: Rua AVENIDA CICERO JOSE DOS SANTOS S/N HOSPITAL CENTRO - SANTA CECÍLIA DO PAVÃO-PR -

ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS

Seq.	Código	Descrição	Unidade	Quantidade	Desc.	Preço Unitário	Valor
1	15666	BR0268069 Clorpromazina, Cloridrato de 5mg/ml 5ml Marca: Cristalia - 0 Desdobramento: 01 - ETANOL	Solução injetável c/ un	100,0000	0	R\$ 1,9234	R\$ 192,34

Valor Total da Ordem de Fornecimento:

R\$ 192,34

SANTA CECÍLIA DO PAVÃO - PR- Quarta-feira, 24 de Julho de 2024.

ELIANE VIETZE

CPF: 998.926.509-72

SECRETÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



CLASSMED

PRODUTOS HOSPITALARES EIRELI

CLASSMED - PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
RUA PICA-PAU, 1211 - CENTRO - ARAPONGAS - PR - 86701-040
(43) 3275-3105
classmed@outlook.com

DANFE
Documento Auxiliar da
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº 000.083.983

SÉRIE: 1

FOLHA: 1/1



CHAVE DE ACESSO

4124 0701 3285 3500 0159 5500 1000 0839 8319 5555 5393

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCEIROS

INSCRIÇÃO ESTADUAL

903.13375-90

INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTÁRIO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

141240225890256 30/07/2024 14:10:50

CNPJ

01.328.535/0001-59

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

CNPJ/CPF/IdEstrangeiro

10.651.971/0001-55

DATA DE EMISSÃO

30/07/2024

ENDEREÇO

R JERONIMO FARIA MARTINS, 1335

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

86225-000

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

30/07/2024

MUNICÍPIO

SANTA CECILIA DO PAVAO

FONE/FAX

(43)3270-1356

UF

PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

14:08:40

FATURA/DUPPLICATA

001 27/08/2024 R\$ 192,34

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

192,34

VALOR DO ICMS

37,51

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

192,34

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

192,34

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

CLASSMED PRODUTOS HOSPITALARES LTDA

FRETE POR CONTA

0-Rem (CIF)

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

01.328.535/0001-59

ENDEREÇO

R PICAPAU 1211

MUNICÍPIO

ARAPONGAS

UF

PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

903.13375-90

QUANTIDADE

1

ESPÉCIE

VOLUME

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO

PRODUTO

DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO

NCM/SH

CST

CFOP

UNID.

QUANT.

VALOR

UNITÁRIO

VALOR

TOTAL

BC

ICMS

VALOR

ICMS

ALIQ.

ICMS

5817 CLORPROMAZINA 05 MG/ML AMP. 5 ML (C-1) (POS)

cProdANVISA=1029802260180 PMC=0,00

Lote=50011002 Qtd=100 Fab=19/02/2024 Val=19/02/2027

7044 352

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DOS SERVIÇOS

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

BANCO DO BRASIL - AG: 0359-X C/C: 28852-7 - Favor enviar o comprovante de pagamento
via email, saulo.sfinanceiro@gmail.com
PREGAO ELETRONICO 32/2023-P.E
OF 1794/2024
LOCAL DE ENTREGA: RUA AVENIDA CICERO JOSE DOS SANTOS, S/N, HOSPITAL -
CENTRO.
RETENCAO DE R\$ 2,31 NO PERCENTUAL DE 1,2 DE IRRF

RESERVADO AO FISCO

Recebemos de CLASSMED PRODUTOS HOSPITALARES LTDA, os produtos constantes da nota fiscal indicada ao lado: Data de emissão: 30/07/2024, Valor
Total: R\$192,34, Destinatário: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE R JERONIMO FARIA MARTINS, 1335 - CENTRO - SANTA CECILIA DO PAVAO/PR

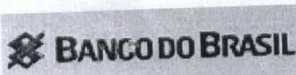
DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

Nº 000.083.983

SÉRIE: 1



001-9

Recibo do Pagador

Local de Pagamento
Pagavel em qualquer banco ate o vencimento!

Beneficiário CLASSMED - PRODUTOS HOSPITALARES - EIRELI - CNPJ: 01.328.535/0001-59
RUA PICA-PAU,1211 CENTRO, ARAPONGAS/PR 86701040 Fone: 4332753105

Data do Documento 30/07/2024	Numero do Documento 83983/01	Especie Doc. 02	Aceite N	Data do Processamento 30/07/2024
Uso do Banco	Carteira 17/027	Especie R\$	Quantidade	Valor

Vencimento 27/08/2024

Agência / Código Beneficiário
0359-X/28852-7Nosso Número
28251780000031586(=) Valor do Documento
190,03

(-) Desconto

(-) Outras Deducoes / Abatimento

(+) Mora / Multa / Juros

(+) Outros Acrescimos

(=) Valor Cobrado

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.)
Apos o vencimento cobrar: juros de 1% ao mes e 2% de multa.

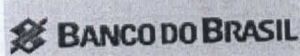
Pagador: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
R. JERONIMO FARIA MARTINS 1335 - CENTRO, SANTA CECILIA DO PAVAO / PR - 86225000

Beneficiário
Final:

CPF / CNPJ
10.651.971/0001-55
Código de Baixa

Autenticação Mecânica

Recebimento através do cheque número
do banco.
Esta quitação só terá validade após o
pagamento do cheque pelo banco sacado.



001-9

00190.00009 02825.178003 00031.586175 1 98210000019003

Local de Pagamento
Pagavel em qualquer banco ate o vencimento!

Beneficiário CLASSMED - PRODUTOS HOSPITALARES - EIRELI - CNPJ: 01.328.535/0001-59
RUA PICA-PAU,1211 CENTRO, ARAPONGAS/PR 86701040 Fone: 4332753105

Data do Documento 30/07/2024	Numero do Documento 83983/01	Especie Doc. 02	Aceite N	Data do Processamento 30/07/2024
Uso do Banco	Carteira 17/027	Especie Moeda R\$	Quantidade	Valor

Vencimento 27/08/2024

Agência / Código Beneficiário
0359-X/28852-7Nosso Número
28251780000031586(=) Valor do Documento
190,03

(-) Desconto

(-) Outras Deducoes / Abatimento

(+) Mora / Multa / Juros

(+) Outros Acrescimos

(=) Valor Cobrado

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.)
Apos o vencimento cobrar: juros de 1% ao mes e 2% de multa.

Pagador FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
R. JERONIMO FARIA MARTINS 1335 - CENTRO, SANTA CECILIA DO PAVAO / PR - 86225000

Beneficiário
Final:

CPF / CNPJ
10.651.971/0001-55
Código de Baixa

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

