

1281

Prefeitura Municipal de Santa Cecília do Pavão

GESTÃO 2021-2024

SOLICITAÇÃO DE EMPENHO DE COMPRAS E SERVIÇOS

EMPRESA: CISNOP DATA
PARA DEPTO: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE CONDIÇÃO PAGTO 30 DIAS

QTDE	UNID.	DESCRIÇÃO	PREÇO UNITÁRIO	TOTAL R\$
1,00	UNID	Aquisição leite especial.	8289,47	8.289,47
				8.289,47


Eliane Vietze

Secret. de Adm. e Planejamento



Santa Cecília do Pavão

ESTADO DO PARANÁ
CNPJ 76.290.691/0001-77
EDIFÍCIO ODOVAL DOS SANTOS
www.santaceciliadopavao.pr.gov.br

Fonte: 303 – Livre

Sem mais para o momento, desde já reiteraram nossos votos da mais prezada estima e consideração.

Leandro Francioli
Secretário de Saúde e Prevenção

Ciente em,

____/____/____

Ass: _____

CAIXA

104-0

10498.85427 20300.100045 00000.022012 7 96630000828947

Beneficiário	CPF/CNPJ	Agência/Código do Beneficiário
CISNOP	00126737000155	0388/885422-0
Endereço do Beneficiário	UF	CEP
Rua Justino Marques Bonfim, 17 Centro CORNÉLIO PROCÓPIO	PR	86300-000
Data do documento	Nr. do documento	Aceite
13/03/2024	218	N
	Data do processamento	Nosso Número
	13/03/2024	14300000000000220-1

Instruções:

- ATENÇÃO: NAO SERA ACEITO DEPOSITO NA CONTA CORRENTE DO
CONSORCIOReferente Formulas Alimentar – RC 6985 / 6986 / 6987



Valide seu boleto

Pagador: FUNDO MUN DE SAUDE DE STA CECILIA DO PAV
RUA JERONIMO FARIAS MARTINS, 1335 - CENTRO Santa Cecília do Pavão /PR Cep: 86225000

CPF/CNPJ: 10651971000155

Carteira	Espécie	Vencimento	Valor do Documento	Valor Cobrado
RG	R\$	22/03/2024	8.289,47	
SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios) Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492 Ouvidoria: 0800 725 7474 caixa.gov.br			Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador	

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada

CAIXA

104-0

10498.85427 20300.100045 00000.022012 7 96630000828947

Local de pagamento					Vencimento
PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTÉRICAS ATÉ O VALOR LIMITE					22/03/2024
Beneficiário: CISNOP - 00126737000155					Agência/Código Beneficiário
Rua Justino Marques Bonfim, 17 Centro CORNÉLIO PROCÓPIO - PR - 86300-000					0388/885422-0
Data do documento	Nº documento	Espécie doc.	Aceite	Dt proces.	Nosso número
13/03/2024	218	DM	N	13/03/2024	14300000000000220-1
Uso do banco	Carteira	Espécie Moeda	Qtde Moeda	Valor	(=) Valor documento
	RG	R\$			8.289,47
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto / Abatimentos
- NÃO RECEBER APÓS 90 DIA(S) DO VENCIMENTO!					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros acréscimos
					(=) Valor Cobrado

Pagador: FUNDO MUN DE SAUDE DE STA CECILIA DO PAV
Endereço: RUA JERONIMO FARIAS MARTINS, 1335 - CENTRO
Santa Cecília do Pavão /PR Cep: 86225000

CPF/CNPJ: 10651971000155

Sacador/Avalista:

CPF/CNPJ:

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação





Consórcio Intermunicipal Saúde do Norte do Paraná - PR

CNPJ: 00126737000155 IE:
Endereço: Rua Justino Marques Bonfim, 17 CEP: 86300000 Cidade: Cornélio Procopio
Fone: 43 - 35200100 Fax:

Requisição de compra por lote

Requisição	Licitação					
Número	Processo	Pregão	Processo licitatório	Data homologação	Data emissão	Qtde. de itens
6987		15/2023	40/2023	03/08/2023	13/03/2024	2

Contrato/Aditivo							
Contrato	Aditivo	Início da vigência	Fim da vigência	Fim da vigência atualizada	Início da execução	Fim da execução	Fim da execução atualizada
Sequência: 1430 - 56-2/2023		03/08/2023	03/08/2024		03/08/2023	03/08/2024	

Fiscal do contrato

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO NORTE DO PARANA - CISNOP

Solicitante	Fornecedor
Código	Nome
42	CRISTINA DONIZETI MARTINS ALVES
Local	
2001	Sector de Serviços de Saude
Orgão	
01	CISNOP - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná
Forma de pagamento	
Em até 30 dias	
Entrega	
Local	
CISNOP	
Descrição	
Faturar conforme RC.	
Em fornecimento ao município de Santa Cecília do Pavão.	

Forma de pagamento

Em até 30 dias

Tipo

Depósito bancário

Entrega	
Local	
CISNOP	
Descrição	
Faturar conforme RC.	
Em fornecimento ao município de Santa Cecília do Pavão.	

Local	
CISNOP	
Descrição	
Faturar conforme RC.	
Em fornecimento ao município de Santa Cecília do Pavão.	

Lote

001 Lote 001

Produto	Unidade	Quantidade	Unitário	Valor
4255 Fórmula Infantil p/ lactentes com Refluxo Fórmula Infantil para lactentes e de seguimento para lactentes com necessidades de controle do Regurgitamento ou doença do Refluxo Gastroesofágico. Enriquecida com prebióticos. Enriquecido com DHA+ ARA. Enriquecido com Nucleotídeos. Com a presença mínima de 12 minerais. Contendo todas as vitaminas hidrossolúveis e lipossolúveis. Com mínimo de 2% de fibras a cada 100g de fórmula em pó. Distribuição de Macronutrientes 40 a 45% CHO 5 a 10% PTN 45 a 50% LIP Solicitação: 63/2023 Processo: 98/2023 Conta/Fonte/GF: 00006/00001/E Item: 014 Marca: NAN ESPESAR	G	16.000,00	0,061	976,00
4261 Suplemento Alimentar p/ adultos em recuperação nutricional Suplemento Alimentar destinados à indivíduos adultos com necessidades de manutenção ou recuperação de seu estado nutricional e/ou manutenção das funções dos tecidos ósseos e da musculatura esquelética. Fonte de Cálcio e Vitamina D. Rico em vitaminas e minerais. Sem sabor. Distribuição de Macronutrientes: 30 a 35% CHO - Isento de sacarose 30 a 35% LIP Solicitação: 63/2023 Processo: 98/2023 Conta/Fonte/GF: 00006/00001/E Item: 024 Marca: NUTREN SENIOR PÓ	G	7.400,00	0,1079	798,46

TOTAL 1.774,46

TOTAL GERAL 1.774,46

Subtotal por fonte de recurso e conta de despesa

01.001.10.302.0001.2001

Cod 00006 Fonte 00001 G.Fonte: E

1.774,46

1.774,46

Talita Tornezeira
Emissor



Consórcio Intermunicipal Saúde do Norte do Paraná - PR

CNPJ: 00126737000155 IE:
Endereço: Rua Justino Marques Bonfim, 17 CEP: 86300000 Cidade: Cornélio Procopio
Fone: 43 - 35200100 Fax:

Requisição de compra por lote

Requisição _____ **Licitação** _____
Número _____ Processo _____ Pregão _____
6986 15/2023 40/2023 03/08/2023 13/03/2024 1

Contrato/Aditivo _____
Contrato _____ Aditivo _____
Sequência: 1429 - 55-2/2023 03/08/2023 03/08/2024 03/08/2023 03/08/2024
Fiscal do contrato

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO NORTE DO PARANA - CISNOP

Solicitante _____ **Fornecedor** _____
Código _____ Nome _____ 4146-7 NUTRIPORT COMERCIAL LTDA
42 CRISTINA DONIZETI MARTINS ALVES
Local _____ Tel: 115089-2030 E-Mail: vendas.sc@nutriport.com.br
2001 Setor de Serviços de Saúde Tipo do empenho
Órgão 1 - Ordinário
01 CISNOP - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná

Forma de pagamento _____
Em até 30 dias Tipo
Depósito bancário

Entrega _____
Local _____ Prazo
CISNOP 0 Dias

Descrição _____
Faturar conforme RC.
Em fornecimento ao município de Santa Cecília do Pavão.

Lote _____
001 Lote 001

Produto	Unidade	Quantidade	Unitário	Valor
4249 Fórmula Infantil de Partida Fórmula Infantil de Partida enriquecidas com prebióticos, DHA, ARA e nucleotídeos. Enriquecida com mínimo de 12 minerais. Contendo todas as vitaminas lipossolúveis e hidrossolúveis. Distribuição de macronutrientes: 40 a 50% CHO - 100% lactose 5 a 15% PTN 40 a 50% LIP Solicitação: 63/2023 Processo: 98/2023 Conta/Fonte/GF: 00006/00001/E Item: 002 Marca: APTAMIL PREMIUM 1	G	32.000,00	0,05	1.600,00

TOTAL 1.600,00

TOTAL GERAL 1.600,00

Subtotal por fonte de recurso e conta de despesa

01.001.10.302.0001.2001 1.600,00
Cod 00006 Fonte 00001 G.Fonte: E 1.600,00

Talita Tornezera
Emissor



Consórcio Intermunicipal Saúde do Norte do Paraná - PR

CNPJ: 00126737000155 IE:
Endereço: Rua Justino Marques Bonfim, 17 CEP: 86300000 Cidade: Cornélio Procopio
Fone: 43 - 35200100 Fax:

Requisição de compra por lote

Requisição	Licitação					
Número	Processo	Pregão	Processo licitatório	Data homologação	Data emissão	Qtd. de itens
6985		15/2023	40/2023	03/08/2023	13/03/2024	1

Contrato/Aditivo							
Contrato	Aditivo	Início da vigência	Fim da vigência	Fim da vigência atualizada	Início da execução	Fim da execução	Fim da execução atualizada
Sequência: 1434 - 60-2/2023	1	03/08/2023	03/08/2024	03/08/2024	03/08/2023	03/08/2024	03/08/2024

Fiscal do contrato

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO NORTE DO PARANA - CISNOP

Solicitante	Fornecedor
Código Nome	3658-7 NUTRICA O ORIGINAL LTDA ME
42 CRISTINA DONIZETI MARTINS ALVES	Tel: 433351-5027 E-Mail: pedidos.empenhos@gmail.com
Local	Tipo do empenho
2001 Setor de Serviços de Saude	1 - Ordinário

Órgão
01 CISNOP - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná

Forma de pagamento	Tipo
Em até 30 dias	Depósito bancário

Entrega	Prazo
Local	0 Dias
CISNOP	

Descrição
Faturar conforme RC.
Em fornecimento ao município de Santa Cecília do Pavão.

Lote
001 Lote 001

Produto	Unidade	Quantidade	Unitário	Valor
4233 Fórmula alimentar para nutrição Oral ou Enteral	G	66.240,00	0,0742	4.915,01
Fórmula alimentar para nutrição Oral ou Enteral destinadas a indivíduos adultos com necessidade de manutenção ou recuperação de seu estado nutricional. Enriquecida com mínimo de 10 vitaminas e 10 minerais. Normocalórica e Normoproteicas. Sabor baunilha. Distribuição de Macronutrientes:				
55 a 60% CHO				
10 a 20% PTN				
25 a 30% LIP - mínimo de 20% de gordura poliinsaturada				
Solicitação: 63/2023 Processo: 98/2023 Conta/Fonte/GF: 00006/00001/E Item: 005 Marca: TROPIC BASIC				
TOTAL				4.915,01
TOTAL GERAL				4.915,01

Subtotal por fonte de recurso e conta de despesa

01.001.10.302.0001.2001 4.915,01
Cod 00006 Fonte 00001 G.Fonte: E 4.915,01

Talita Torrezera
Emissor