



Ceará  
Governo Municipal de Limoeiro do Norte  
Prefeitura Municipal de Limoeiro do Norte

## PROCESSO DE DESPESA ORÇAMENTÁRIA

DOC. CX : Nº 10030010  
SUBEMPENHO 10030009  
CREDOR: JBM DISTRIBUIDORA DE MAT. HOSPITALAR LTDA-EPP

---

EMPENHO : 04020008  
C.P.F./C.N.P.J. : 19.794.018/0001-30  
DATA DO PAGAMENTO : 10/03/2021  
ÓRGÃO : 09-Secretaria Municipal de Saúde  
UNID. ORÇAMENTÁRIA: 03-Fundo Municipal de Saúde  
CLASSIFICAÇÃO : 09 01. 10 301 1010 2.047 3.3.90.30.00  
Fonte.....: CUST SUS TI 106234 VI.....R\$ 9.778,40  
VALOR PAGO.....R\$ 9.778,40

---

DESPESA COM RECURSO DE  
ENFRENTAMENTO AO COVID-19

---

*Deolino Junior Ibiapina*  
Secretário Municipal de Saúde



## NOTA DE EMPENHO 04020008

Ceará  
Governo Municipal de Limoeiro do Norte  
Fundo Municipal de Saúde  
Exercício de 2021

Data: 04/02/2021

Modalidade: global 1a. via

### INTERESSADO

Credor.... JBM DISTRIBUIDORA DE MAT. HOSPITALAR LTDA-EPP  
Endereço.. RUA CORONEL FRANCISCO REMIGIO, 868, 868-CENTRO-  
Limoeiro do Norte-CE 62930-000  
C.N.P.J... 19.794.018/0001-30 Fone ( 88) 3423-5045  
C.G.F..... 06.344.930-7  
Banco..... 001 Agência: 2253-5 c/c.: 44.229-1

### CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Unidade orçamentária..... 09 01. Fundo Municipal de saúde  
Func.programática 10 301 1010 2.047 Gerenciamento da Atenção Básica  
Categoria econômica.... 3.3.90.30.00 Material de consumo  
Fonte de recurso..... 1214210000 Trans. SUS Bloco de manutenção-COVID-19  
Origem dos recursos.... Crédito suplementar

Processo de compra..... licitação Modalidade. Pregão  
Número do processo..... 2020.2209-002SE Exercício.. 2020  
Código contrato..... 20210022

### DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO - em R\$

| saldo anterior | valor empenhado | saldo disponível |
|----------------|-----------------|------------------|
| 50.424,98      | 44.002,80       | 6.422,18         |

Autorizamos o fornecimento dos materiais ou execução dos serviços, obedecidas as condições e especificações constantes desta NOTA DE EMPENHO.

Histórico...: Valor que se empenha para fazer face às despesas com Primeiro Termo Aditivo ao Contrato para Aquisição de Equipamentos de Proteção Individual destinados aos Servidores da Secretaria de Saúde - Piso de Atenção Básica, no enfrentamento ao Covid 19 neste Município.

| Item | Quantidade | Unid. | Código | Especificação da despesa                         | Valor unitário | Valor total (R\$) |
|------|------------|-------|--------|--------------------------------------------------|----------------|-------------------|
| 001  | 200,0000   | CAIXA | 051040 | LUVAS DE PROCEDIMENTO TAMANHO M CAIXA C/50 PARES | 122,23         | 24.446,00         |
| 002  | 160,0000   | CAIXA | 051039 | LUVAS DE PROCEDIMENTO TAMANHO P CAIXA C/50 PARES | 122,23         | 19.556,80         |

Limoeiro do Norte, 04 de Fevereiro de 2021.  
Autorizo

ZILENE RODRIGUES GUIMARÃES  
EMPENHADOR MAT. 108090

DEOLINO JUNIOR IBIAPINA  
SECRETÁRIO DE SAÚDE





## NOTA DE PAGAMENTO

Ceará  
Governo Municipal de Limoeiro do Norte  
Fundo Municipal de Saúde

1a. via

### CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

ÓRGÃO..... 09 Secretaria Municipal de Saúde  
UNIDADE ORÇAMENTÁRIA..... 09 01 Fundo Municipal de Saúde  
CLASSIFICAÇÃO 10 301 1010 2.047 Gerenciamento da Atenção Básica  
CATEGORIA ECONÔMICA 3.3.90.30.00 Material de consumo  
FONTE DE RECURSO..... 1214210000 Trans. SUS Bloco de manutenção-COVID-19

### DADOS DO EMPENHO

NOTA DE EMPENHO Nº 04020008 VALOR DO EMPENHO.. R\$ 44.002,80 TIPO DE LICITAÇÃO. licitação - Pregão  
DATA DO EMPENHO... 04/02/2021 MODALIDADE..... global Nº DA LICITAÇÃO... 2020.2209-002SE  
SALDO ANTERIOR.... R\$ 44.002,80 VALOR PAGO..... R\$ 9.778,40 SALDO DO EMPENHO.. R\$ 34.224,40

### L I Q U I D A Ç Ã O

DATA 04/03/2021 NOTA DE LIQUIDAÇÃO 04030024 VALOR DA NF 9.778,40 PAGAMENTO ATUAL 9.778,40 NOTA FISCAL mercadoria nº 10655 série 001 de 04/03/2021

Atestamos o recebimento  
dos produtos / serviços

DEOLINO JUNIOR IBIAPINA  
LIQUIDANTE

PAGUE-SE a importância  
constante na presente nota

DEOLINO JUNIOR IBIAPINA  
SECRETÁRIO DE SAÚDE

### DOCUMENTO DE CAIXA Nº 10030010, de 10/03/2021

BANCO/FONTE CEF.....624.050-7 (FMS CUSTEIO SUS) CHEQ/REF 106234 VALOR 9.778,40

MARIA JOSÉ DA COSTA FREITAS  
TESOUREIRA

### Identificação do credor:

Credor.... JBM DISTRIBUIDORA DE MAT. HOSPITALAR LTDA-EPP  
Endereço.. RUA CORONEL FRANCISCO REMIGIO, 868,868-CENTRO-  
Limoeiro do Norte-CE 62930-000 Fone ( 88) 3423-5045  
C.N.P.J... 19.794.018/0001-30  
C.G.F..... 06.344.930-7  
Banco..... 001 Agência: 2253-5 c/c.: 44.229-1



## NOTA DE LIQUIDAÇÃO 04030024

Ceará  
Governo Municipal de Limoeiro do Norte  
Fundo Municipal de Saúde  
Exercício de 2021

DATA: 04/03/2021

1a. via

### EMPENHO ORIGINAL

NOTA DE EMPENHO... 04020008 VALOR..... R\$ 44.002,80  
DATA DO EMPENHO... 04/02/2021 MODALIDADE.. global

Credor.... JBM DISTRIBUIDORA DE MAT. HOSPITALAR LTDA-EPP  
Endereço.. RUA CORONEL FRANCISCO REMIGIO, 868,868-CENTRO-  
Limoeiro do Norte-CE 62930-000 Fone ( 88) 3423-5045  
C.N.P.J.... 19.794.018/0001-30  
C.G.F..... 06.344.930-7  
Banco..... 001 Agência: 2253-5 c/c.: 44.229-1

### CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA..... 09 01. Fundo Municipal de Saude  
FUNC.PROGRAMÁTICA 10 301 1010 2.047 Gerenciamento da Atenção Básica  
CATEGORIA ECONÔMICA.... 3.3.90.30.00 Material de consumo  
FONTE DE RECURSO..... 1214210000 Trans. SUS Bloco de manutenção-COVID-19

### DISCRIMINAÇÃO DE ITENS

| quantidade | unidade | especificação                                    | valor unitário | valor total |
|------------|---------|--------------------------------------------------|----------------|-------------|
| 40,0000    | CAIXA   | LUVAS DE PROCEDIMENTO TAMANHO P CAIXA C/50 PARES | 122,23         | 4.889,20    |
| 40,0000    | CAIXA   | LUVAS DE PROCEDIMENTO TAMANHO M CAIXA C/50 PARES | 122,23         | 4.889,20    |

### DADOS DA LIQUIDAÇÃO

VALOR LIQUIDADO: 9.778,40  
Nota fiscal mercadoria 10655 série 001

Limoeiro do Norte, 04 de Março de 2021.

DEOLINO JUNIOR IBIAPINA  
LIQUIDANTE



Ceará  
Governo Municipal de Limoeiro do Norte  
Prefeitura Municipal de Limoeiro do Norte

## PROCESSO DE DESPESA ORÇAMENTÁRIA

DOC. CX : Nº 10030010  
SUBEMPENHO 10030008  
CREDOR: JBM DISTRIBUIDORA DE MAT. HOSPITALAR LTDA-EPP

---

EMPENHO :25010001  
C.P.F./C.N.P.J. :19.794.018/0001-30  
DATA DO PAGAMENTO :10/03/2021  
ÓRGÃO :09-Secretaria Municipal de Saúde  
UNID. ORÇAMENTÁRIA:03-Fundo Municipal de Saúde  
CLASSIFICAÇÃO :09 01. 10 301 1010 2.047 3.3.90.30.00  
Fonte.....: CUST SUS T1 106234 V1.....10.780,00  
VALOR PAGO.....R\$ 10.780,00

---

DESPESA COM RECURSO DE  
ENFRENTAMENTO AO COVID-19

  
Deolino Júnior Ibiapina  
Secretário Municipal de Saúde

**NOTA DE SUBEMPENHO 10030008**

Ceará  
Governo Municipal de Limoeiro do Norte  
Fundo Municipal de Saúde  
Exercício de 2021

DATA: 10/03/2021

Doc.Caixa: 10030010

1a. via

**EM PEN H O O R I G I N A L**

NOTA DE EMPENHO... 25010001 VALOR..... R\$ 160.053,00  
DATA DO EMPENHO... 25/01/2021 MODALIDADE.. global

Credor.... JBM DISTRIBUIDORA DE MAT. HOSPITALAR LTDA-EPP  
Endereço.. RUA CORONEL FRANCISCO REMIGIO, 868,868-CENTRO-  
Limoeiro do Norte-CE 62930-000 Fone ( 88) 3423-5045  
C.N.P.J... 19.794.018/0001-30  
C.G.F..... 06.344.930-7  
Banco..... 001 Agência: 2253-5 c/c.: 44.229-1

**C L A S S I F I C A Ç Ã O O R Ç A M E N T Á R I A**

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA..... 09 01. Fundo Municipal de Saude  
FUNC.PROGRAMÁTICA 10 301 1010 2.047 Gerenciamento da Atenção Básica  
CATEGORIA ECONÔMICA.... 3.3.90.30.00 Material de consumo  
FONTE DE RECURSO..... 1214210000 Trans. SUS Bloco de manutenção-COVID-19

**D E M O N S T R A T I V O D A D O T A Ç Ã O - e m R \$**

SALDO ANTERIOR VALOR SUBEMPENHADO SALDO DISPONÍVEL  
121.363,00 10.780,00 110.583,00

ESPECIFICAÇÃO: VALOR SUBEMPENHADO (R\$)  
Pagamento da NEG 25010001 emitida em 25/01/2021 10.780,00

Limoeiro do Norte, 10 de Março de 2021.  
Autorizo

ZILENE RODRIGUES GUILMARÃES  
EMPENHADOR MAT. 108090

DEOLINO JUNIOR IBIAPINA  
SECRETÁRIO DE SAÚDE



## NOTA DE PAGAMENTO

Ceará  
Governo Municipal de Limoeiro do Norte  
Fundo Municipal de Saúde

1a. via

### CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

ÓRGÃO..... 09 Secretaria Municipal de saúde  
UNIDADE ORÇAMENTÁRIA..... 09 01. Fundo Municipal de Saúde  
CLASSIFICAÇÃO 10 301 1010 2.047 Gerenciamento da Atenção Básica  
CATEGORIA ECONÔMICA 3.3.90.30.00 Material de consumo  
FONTE DE RECURSO..... 1214210000 Trans. SUS Bloco de manutenção-COVID-19

### DADOS DO EMPENHO

NOTA DE EMPENHO Nº 25010001 VALOR DO EMPENHO.. R\$ 160.053,00 TIPO DE LICITAÇÃO.. licitação - Pregão  
DATA DO EMPENHO... 25/01/2021 MODALIDADE..... global Nº DA LICITAÇÃO... 2020.2209-002SE  
SALDO ANTERIOR.... R\$ 121.363,00 VALOR PAGO..... R\$ 10.780,00 SALDO DO EMPENHO.. R\$ 110.583,00

### LIQUIDAÇÃO

DATA 04/03/2021 NOTA DE LIQUIDAÇÃO 04030022 VALOR DA NF 10.780,00 PAGAMENTO ATUAL 10.780,00 NOTA FISCAL mercadoria nº 10655 série 001 de 04/03/2021

Atestamos o recebimento  
dos produtos / serviços

DEOLINO JUNIOR IBIAPINA  
LIQUIDANTE

PAGUE-SE a importância  
constante na presente nota

DEOLINO JUNIOR IBIAPINA  
SECRETÁRIO DE SAÚDE

### DOCUMENTO DE CAIXA Nº 10030010, de 10/03/2021

BANCO/FONTE CEF.....624.050-7 (FMS CUSTEIO SUS) CHEQ/REF 106234 VALOR 10.780,00

MARIA JOSÉ DA COSTA FREITAS  
TESOUREIRA

### Identificação do credor:

Credor.... JBM DISTRIBUIDORA DE MAT. HOSPITALAR LTDA-EPP  
Endereço.. RUA CORONEL FRANCISCO REMIGIO, 868,868-CENTRO-  
Limoeiro do Norte-CE 62930-000 Fone ( 88) 3423-5045  
C.N.P.J... 19.794.018/0001-30  
C.G.F..... 06.344.930-7  
Banco..... 001 Agência: 2253-5 C/c.: 44.229-1



**NOTA DE LIQUIDAÇÃO 04030022**

Ceará  
 Governo Municipal de Limoeiro do Norte  
 Fundo Municipal de Saúde  
 Exercício de 2021

DATA: 04/03/2021

1a. via

**EMPENHO ORIGINAL**

NOTA DE EMPENHO... 25010001 VALOR..... R\$ 160.053,00  
 DATA DO EMPENHO... 25/01/2021 MODALIDADE.. global

Credor.... JBM DISTRIBUIDORA DE MAT. HOSPITALAR LTDA-EPP  
 Endereço.. RUA CORONEL FRANCISCO REMIGIO, 868,868-CENTRO-  
 Limoeiro do Norte-CE 62930-000 Fone ( 88) 3423-5045  
 C.N.P.J... 19.794.018/0001-30  
 C.G.F..... 06.344.930-7  
 Banco..... 001 Agência: 2253-5 c/c.: 44.229-1

**CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA..... 09 01. Fundo Municipal de Saude  
 FUNC.PROGRAMÁTICA 10 301 1010 2.047 Gerenciamento da Atenção Básica  
 CATEGORIA ECONÔMICA.... 3.3.90.30.00 Material de consumo  
 FONTE DE RECURSO..... 1214210000 Trans. SUS Bloco de manutenção-COVID-19

**DISCRIMINAÇÃO DE ITENS**

| quantidade | unidade | especificação                                                                   | valor unitário | valor total |
|------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------|
| 400,0000   | UNIDAD  | MASCARA DESCARTÁVEL N95 PFF2                                                    | 4,00           | 1.600,00    |
| 1.000,0000 | UNIDAD  | AVENTAL DESCARTÁVEL TNT 40, MANGA LONGA, COR BRANCA, MANGA LONGA E ELÁSTICO NOS | 5,04           | 5.040,00    |
| 10,0000    | CAIXA   | LUVAS DE PROCEDIMENTO TAMANHO PP CAIXA C/50 PARES                               | 55,00          | 550,00      |
| 10,0000    | CAIXA   | LUVAS DE PROCEDIMENTO G CAIXA C/50 PARES                                        | 55,00          | 550,00      |
| 40,0000    | CAIXA   | MÁSCARA CIRÚRGICA TRIPLA DESCARTÁVEL CX C/50 UNIDADES                           | 55,00          | 2.200,00    |
| 6.000,0000 | UNIDAD  | GORRO DESCARTÁVEL                                                               | 0,14           | 840,00      |

**DADOS DA LIQUIDAÇÃO**

VALOR LIQUIDADADO: 10.780,00  
 Nota fiscal mercadoria 10655 série 001

Limoeiro do Norte, 04 de Março de 2021.

  
 DEOLINO JUNIOR IBIAPINA  
 LIQUIDANTE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b><br><br><b>JBM DISTRIBUIDORA DE MATERIAL HOSPITALAR LTDA</b><br>RUA CORONEL FRANCISCO REMIGIO, 868 - CENTRO<br>62930-000 LIMOEIRO DO NORTE - CE<br>FONE: (88) 3423-5045<br>jbmdistribuidoralimoeiro@gmail.com |                                          | <b>DANFE</b><br>DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA<br>0-ENTRADA 1-SAÍDA <b>1</b><br><b>000.010.655</b><br><b>SÉRIE 1</b><br><b>FOLHA 1/1</b> | <br>CHAVE DE ACESSO<br>2321 0319 7940 1800 0130 5500 1000 0106 5510 0010 6555<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br><a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a><br>ou no site da Sefaz Autorizadora |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br><b>VENDA MERC. ADQUIR. OU RECEB. DE TERCEIROS, SUJEITA A SU</b>                                                                                                                                                                                                                                       |                                          | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br><b>123210013275964 04/03/2021 08:52:48</b>                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br><b>06.344.930-7</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                     | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.<br> | CNPJ<br><b>19.794.018/0001-30</b>                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |


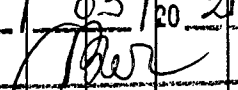
|                                                                                                |                 |                                         |                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>DESTINATÁRIO</b><br>NOME / RAZÃO SOCIAL<br><b>FUNDO MUN DE SAUDE DE LIMOEIRO DO NORTE 1</b> |                 | CNPJ / CPF<br><b>11.906.403/0001-10</b> | DATA DA EMISSÃO<br><b>04/03/2021</b> |
| ENDEREÇO<br><b>RUA CAMILO BRASILIENSE S/N</b>                                                  |                 | BAIRRO / DISTRITO<br><b>CENTRO</b>      | CEP<br><b>62930-000</b>              |
| MUNICÍPIO<br><b>LIMOEIRO DO NORTE</b>                                                          | UF<br><b>CE</b> | FONE / FAX<br><b>(88) 3423-6951</b>     | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>               |
|                                                                                                |                 | HORA DA SAÍDA<br><b>08:47:24</b>        |                                      |


|                                                                                                    |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>FATURA / DUPLICATA</b><br>DUPL. VENCIMENTO VALOR<br><b>10655/A 03/04/2021-30 dias 20.558,40</b> |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

|                                                                                                                                                                            |                          |                            |                         |                       |                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| <b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b><br>BASE CÁLC ICMS <b>0,00</b> VALOR ICMS <b>0,00</b> BASE CÁLC ICMS ST <b>0,00</b> VALOR ICMS ST <b>0,00</b> TOTAL DOS PRODUTOS <b>20.558,40</b> |                          |                            |                         |                       |                                |
| VALOR FRETE <b>0,00</b>                                                                                                                                                    | VALOR SEGURO <b>0,00</b> | VALOR DESCONTO <b>0,00</b> | OUTRAS DESP <b>0,00</b> | VALOR IPI <b>0,00</b> | TOTAL DA NOTA <b>20.558,40</b> |

|                                                                                           |                            |       |                        |            |              |                    |             |               |    |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|------------------------|------------|--------------|--------------------|-------------|---------------|----|------------|
| <b>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</b><br>NOME / RAZÃO SOCIAL<br><b>0-Remetente</b> |                            |       |                        |            |              | FRETE POR CONTA    | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEIC | UF | CNPJ / CPF |
| ENDEREÇO                                                                                  |                            |       | MUNICÍPIO              |            | UF           | INSCRIÇÃO ESTADUAL |             |               |    |            |
| QUANTIDADE<br><b>17</b>                                                                   | ESPÉCIE<br><b>DIVERSOS</b> | MARCA | NUMERAÇÃO<br><b>17</b> | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |                    |             |               |    |            |

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO                            | CÓDIGO DE BARRAS | NCM/SH   | CST | CFOP | UNID | QUANT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | B.CÁLC ICMS | VALOR ICMS | ALÍQ. ICMS |
|----------------|-----------------------------------------------------------|------------------|----------|-----|------|------|-------|------------|-------------|-------------|------------|------------|
| 2705           | AVENTAL DESCARTAVEL TNT MANGA LONGA COR BRANCA (N)        |                  | 62029900 | 060 | 5405 | UND  | 1.000 | 5,04       | 5.040,00    | 0,00        | 0,00       |            |
| 37             | LUVAS DE PROCEDIMENTO TAMANHO PP CAIXA C/50PARES (N)      | 7898945443012    | 40151900 | 060 | 5405 | CX   | 10    | 55,00      | 550,00      | 0,00        | 0,00       |            |
| 40             | LUVAS DE PROCEDIMENTO G CAIXA C/50PARES (N)               | 7898945443043    | 40151900 | 060 | 5405 | CX   | 10    | 55,00      | 550,00      | 0,00        | 0,00       |            |
| 39             | LUVAS DE PROCEDIMENTO TAMANHO M CAIXA C/50PARES (N)       | 7898945443036    | 40151900 | 060 | 5405 | CX   | 40    | 122,23     | 4.889,20    | 0,00        | 0,00       |            |
| 38             | LUVAS DE PROCEDIMENTO TAMANHO P CAIXA C/50PARES (N)       | 7898945443029    | 40151900 | 060 | 5405 | CX   | 40    | 122,23     | 4.889,20    | 0,00        | 0,00       |            |
| 2473           | MASCARA DESCARTAVEL N95 PFF2 (N)                          |                  | 63079010 | 060 | 5405 | UND  | 400   | 4,00       | 1.600,00    | 0,00        | 0,00       |            |
| 516            | MASCARA CIRURGICA TRIPLA DESCARTAVEL CX C/50 UNIDADES (N) |                  | 63079010 | 060 | 5405 | CX   | 40    | 55,00      | 2.200,00    | 0,00        | 0,00       |            |
| 45             | GORRO DESCARTAVEL (N)                                     | 7898283814710    | 65050090 | 060 | 5405 | UND  | 6.000 | 0,14       | 840,00      | 0,00        | 0,00       |            |

|                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| *CONTINUAÇÃO - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES*<br>CONFERIR PRODUTOS NO ATO DA ENTREGA |  | <b>DESPESA COM RECURSO DE ENFRENTAMENTO AO COVID-19</b><br><br><b>Deolino Júnior Ibiapina</b><br>Secretário Municipal de Saúde | <b>SERVIÇO DE CONTROLE DE ALMOXARIFADO</b><br>Atesto o recebimento da(s) Mercadoria(s) constante na presente Nota Fiscal.<br>Em <u>04</u> / <u>03</u> / <u>2021</u><br><br><b>Luciana Katima Lima B. Mala</b><br>Coordenadora de Almoxarifado e Patrimônio |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DADOS ADICIONAIS</b><br>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>[ROTA: 1 PED.: 15437 VALOR APROX. DOS TRIBUTOS LEI FEDERAL 12.741/12: R6,465.62 (31.45%) Fonte: IBPT N.FANT.: FUNDO MUN DE SAUDE DE LIMOEIRO DO NORTE - VEND: FLAVIO REIGILAN SUBST. TRIBUTARIA CONF. DEC. 24569/1997 ALTERADO PELO DEC. 29.816/2009 REGISTRO DE PRECOS PARA AQUISICAO DE EPIS, LIMPEZA E HIGIENE PARA SERVIDORES DA SECRETARIA DE SAUDE - SECSA NO ENFRENTAMENTO AO COVID-19 DO MUNICIPIO DE LIMOEIRO DO NORTE - CE  ICMS RETIDO POR SUBSTITUICAO TRIBUTARIA DE ACORDO COM O DECRETO NUM 29.816 DE 06 DE AGOSTO DE 2009. BANCO DO BRASIL AG:2253-5 C/C:44229-1  FAVOR | RESERVADO AO FISCO<br> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                         |                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| RECEBEMOS DE JBM DISTRIBUIDORA DE MATERIAL HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO. EMISSÃO: 04/03/2021 VALOR TOTAL: 20.558,40 DESTINATÁRIO: FUNDO MUN DE SAUDE DE LIMOEIRO DO NORTE 1 - RUA CAMILO BRASILIENSE S/N, CENTRO, 62930-000-LIMOEIRO DO NORTE-CE |                                         | <b>NF-e</b><br><b>000.010.655</b><br><b>SÉRIE 1</b> |
| DATA DO RECEBIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |                                                     |

::Comprovantes



**Comprovante de Remessa de TED**  
via GovConta Caixa

|                        |                                |
|------------------------|--------------------------------|
| <b>Tipo de TED:</b>    | Terceiros                      |
| <b>Nome:</b>           | F M SAUDE DE LIMOEIRO DO NORTE |
| <b>Conta Origem:</b>   | 0750/006/00624050-7            |
| <b>Tipo de Conta:</b>  | 01 - Conta Corrente            |
| <b>Tipo de Pessoa:</b> | Jurídica                       |
| <b>CPF/CNPJ:</b>       | 11.906.403/0001-10             |

|                                   |                                                                               |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Banco:</b>                     | 001 - BANCO DO BRASIL S/A                                                     |
| <b>Conta Destino:</b>             | 2253/44229-1                                                                  |
| <b>Tipo de Conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                                                           |
| <b>Tipo de Pessoa:</b>            | Jurídica                                                                      |
| <b>Nome:</b>                      | JBM DISTRIBUIDORA DE MAT HOSPITALAR                                           |
| <b>CPF/CNPJ</b>                   | 19.794.018/0001-30                                                            |
| <b>Valor:</b>                     | R\$20.558,40                                                                  |
| <b>Valor da Tarifa:</b>           | R\$0,00                                                                       |
| <b>Finalidade</b>                 | 10-Crédito em Conta                                                           |
| <b>Identificação da Operação:</b> | PAGAMENTO SEC SAUDE                                                           |
| <b>Histórico:</b>                 | REFERENTE A AQUISICAO DE MATERIAIS DE USO E CONSUMO E MEDICAMENTOS HOSPITALAR |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Data de Débito:</b>     | 10/03/2021       |
| <b>Data da Operação:</b>   | 10/03/2021       |
| <b>Código da Operação:</b> | 00106234         |
| <b>Chave de Segurança:</b> | T0GKPXEVX8ERY5UL |

|                            |
|----------------------------|
| <b>CPFs Autorizadores:</b> |
| 327.288.243-04             |
| 894.841.773-87             |

**Operação realizada com sucesso.**

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.

::Comprovantes



**Comprovante de Remessa de TED**  
via GovConta Caixa

|                        |                                |
|------------------------|--------------------------------|
| <b>Tipo de TED:</b>    | Terceiros                      |
| <b>Nome:</b>           | F M SAUDE DE LIMOEIRO DO NORTE |
| <b>Conta Origem:</b>   | 0750/006/00624050-7            |
| <b>Tipo de Conta:</b>  | 01 - Conta Corrente            |
| <b>Tipo de Pessoa:</b> | Jurídica                       |
| <b>CPF/CNPJ:</b>       | 11.906.403/0001-10             |

|                                   |                                                                               |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Banco:</b>                     | 001 - BANCO DO BRASIL S/A                                                     |
| <b>Conta Destino:</b>             | 2253/44229-1                                                                  |
| <b>Tipo de Conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                                                           |
| <b>Tipo de Pessoa:</b>            | Jurídica                                                                      |
| <b>Nome:</b>                      | JBM DISTRIBUIDORA DE MAT HOSPITALAR                                           |
| <b>CPF/CNPJ</b>                   | 19.794.018/0001-30                                                            |
| <b>Valor:</b>                     | R\$20.558,40                                                                  |
| <b>Valor da Tarifa:</b>           | R\$0,00                                                                       |
| <b>Finalidade</b>                 | 10-Crédito em Conta                                                           |
| <b>Identificação da Operação:</b> | PAGAMENTO SEC SAUDE                                                           |
| <b>Histórico:</b>                 | REFERENTE A AQUISICAO DE MATERIAIS DE USO E CONSUMO E MEDICAMENTOS HOSPITALAR |

|                            |                   |
|----------------------------|-------------------|
| <b>Data de Débito:</b>     | 10/03/2021        |
| <b>Data da Operação:</b>   | 10/03/2021        |
| <b>Código da Operação:</b> | 00106234          |
| <b>Chave de Segurança:</b> | T0GKXPXEVX8ERY5UL |

|                            |
|----------------------------|
| <b>CPFs Autorizadores:</b> |
| 327.288.243-04             |
| 894.841.773-87             |

**Operação realizada com sucesso.**

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.



**PREFEITURA DE LIMOEIRO DO NORTE**  
**SEC. MUN. GEST. FINAN. ORÇ. PLANEJAMENTO**  
**CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS**



**Nº 2021000114**

**Razão Social**

**JBM DISTRIBUIDORA DE MATERIAL HOSPITALAR LTDA**

**INSCRIÇÃO ECONÔMICA Documento**

**00022049124**

C.N.P.J.: 19794018000130

**Bairro**

CENTRO

**CEP**

62930000

**Localizado** R CORONEL FRANCISCO REMIGIO, 868 - - LIMOEIRO DO NORTE-CE

**DADOS DO CONTRIBUINTE OU RESPONSÁVEL**

Inscrição Contribuinte / Nome

**54804 - JBM DISTRIBUIDORA DE MATERIAL HOSPITALAR LTDA**

Endereço

R CORONEL FRANCISCO REMIGIO, 868

Documento

C.N.P.J.: 19.794.018/0001-30

CENTRO LIMOEIRO DO NORTE-CE CEP: 62930000

No. Requerimento

2021000114/2021

Natureza Jurídica

Pessoa Jurídica

**CERTIDÃO**

Certificamos, para os devidos fins, que foram revisados os registros constantes do Cadastro Econômico desta empresa Fiscal e Dívida Ativa do Município, até o presente exercício fiscal, relativo à Inscrição Econômica acima especificada, e constatou-se não haver nenhuma pendência ou dívida vinculada a Empresa acima.

SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO, FINANÇAS, ORÇAMENTOS E PLANEJAMENTO - SEGEF se reserva no direito de inscrever e cobrar as dívidas que posteriormente venham a ser apuradas.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na internet, nos seguinte endereço: <https://www.limoeirodonorte.ce.gov.br>

LIMOEIRO DO NORTE-CE, 01 DE FEVEREIRO DE 2021

Esta certidão é válida por 090 dias contados da data de emissão

**VALIDA ATÉ: 01/05/2021**

**COD. VALIDAÇÃO 2021000114**



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Procuradoria Geral do Estado**

**Certidão Negativa de Débitos Estaduais  
Nº 202102411340**

**Emitida para os efeitos da Instrução Normativa Nº 13 de 02/03/2001**

| <b>IDENTIFICAÇÃO DO(A) REQUERENTE</b>                                     |
|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>Inscrição Estadual:</b><br>06.344.930-7                                |
| <b>CNPJ / CPF:</b><br>19.794.018/0001-30                                  |
| <b>RAZÃO SOCIAL:</b><br>JBM DISTRIBUIDORA DE MATERIAL HOSPITALAR LTDA EPP |

**Ressalvado o direito da Fazenda Estadual de inscrever e cobrar as dívidas que venham a ser apuradas, certifico, para fins de direito, que revendo os registros do Cadastro de Inadimplentes da Fazenda Pública Estadual - CADINE, verificou-se nada existir em nome do(a) requerente acima identificado(a) até a presente data e horário, e, para constar, foi emitida esta certidão.**

**EMITIDA VIA INTERNET EM 10/03/2021 ÀS 08:37:45  
VÁLIDA ATÉ 09/05/2021**

**A autenticidade deste documento deverá ser comprovada via Internet, no endereço  
[www.sefaz.ce.gov.br](http://www.sefaz.ce.gov.br)**



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Secretaria da Receita Federal do Brasil**  
**Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional**

**CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA  
ATIVA DA UNIÃO**

**Nome: J B M DISTRIBUIDORA DE MATERIAL HOSPITALAR LTDA**  
**CNPJ: 19.794.018/0001-30**

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.

Emitida às 08:24:35 do dia 02/03/2021 <hora e data de Brasília>.

Válida até 29/08/2021.

Código de controle da certidão: **565D.D1EC.D0CB.459D**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

## **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

Nome: J B M DISTRIBUIDORA DE MATERIAL HOSPITALAR LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 19.794.018/0001-30

Certidão nº: 8323538/2021

Expedição: 10/03/2021, às 08:40:24

Validade: 05/09/2021 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **J B M DISTRIBUIDORA DE MATERIAL HOSPITALAR LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **19.794.018/0001-30**, **NÃO CONSTA** do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base no art. 642-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentado pela Lei nº 12.440, de 7 de julho de 2011, e na Resolução Administrativa nº 1470/2011 do Tribunal Superior do Trabalho, de 24 de agosto de 2011.

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho e estão atualizados até 2 (dois) dias anteriores à data da sua expedição.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

### **INFORMAÇÃO IMPORTANTE**

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho ou Comissão de Conciliação Prévia.



[Voltar](#)[Imprimir](#)

## **Certificado de Regularidade do FGTS - CRF**

**Inscrição:** 19.794.018/0001-30

**Razão Social:** J B M DISTRIBUIDORA DE MATERIAL HOSPITAL

**Endereço:** RUA CEL FRANCISCO REMIGIO 868 / CENTRO / LIMOEIRO DO NORTE / CE  
/ 62930-000

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

**Validade:** 22/02/2021 a 23/03/2021

**Certificação Número:** 2021022202144882204739

Informação obtida em 10/03/2021 08:38:52

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:  
**[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**