

# NOTA DE EMPENHO 15040005

Maranhão  
Governo Municipal de Mata Roma  
Fundo Municipal de Saúde  
Exercício de 2021

Data: 15/04/2021

Modalidade: ordinário

## INTERESSADO

Credor.... I9 SAÚDE EQUIPAMENTOS MÉDICOS E ODONTOLÓGICOS LTDA  
Endereço.. RUA V8 N15 Q16, PARQUE SHALON-São Luís-MA 65073-190  
C.N.P.J... 26.571.648/0001-01

## CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Unidade orçamentária.... 02 12. Fundo Municipal de Saúde  
Func.programática 10 301 0100 2.221 Funcionamento do Fundo de Saúde  
Categoria econômica.... 3.3.90.30.00 Material de consumo  
Fonte de recurso..... 0114000001 Transferência SUS Bloco de manutenção  
Origem dos recursos.... Despesa fixada  
Processo de compra..... não aplicável

## DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO - em R\$

|                |                 |                  |
|----------------|-----------------|------------------|
| Saldo anterior | Valor empenhado | Saldo disponível |
| 534.656,46     | 15.310,40       | 519.346,06       |

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 AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA USO DA FARMACIA HOSPITALAR PARA ATENDER AS NECESSIDADES DO MUNICÍPIO DE MATA ROMA-MA.

| Item | Quantidade Unid. Código Especificação da despesa | Valor unitário | Valor total (R\$) |
|------|--|----------------|-------------------|
| 001  | 1,0000 UNIDAD 033456 MEDICAMENTOS                | 15.310,40      | 15.310,40         |

Mata Roma, 15 de Abril de 2021.

Autorizo

  
JOSÉ ABRAHAN DE LEOPOLDINO DA SILVA  
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

  
LAURA DE FÁTIMA ALMEIDA ALBUQUERQUE  
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

# NOTA DE LIQUIDAÇÃO 15040006

Maranhão  
Governo Municipal de Mata Roma  
Fundo Municipal de Saúde  
Exercício de 2021

DATA: 15/04/2021

## EMPENHO ORIGINAL

NOTA DE EMPENHO... 15040005 VALOR..... R\$ 15.310,40  
DATA DO EMPENHO... 15/04/2021 MODALIDADE.. ordinário

Credor.... I9 SAÚDE EQUIPAMENTOS MÉDICOS E ODONTOLÓGICOS LTDA  
Endereço.. RUA V8 N15 Q16 PARQUE SHALON-São Luís-MA 65073-190  
C.N.P.J... 26.571.648/0001-01

## CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA..... 02 12. Fundo Municipal de Saúde  
FUNC.PROGRAMÁTICA 10 301 0100 2.221 Funcionamento do Fundo de Saúde  
CATEGORIA ECONÔMICA.... 3.3.90.30.00 Material de consumo  
FONTE DE RECURSO..... 0114000001 Transferência SUS Bloco de manutenção

## DISCRIMINAÇÃO DE ITENS

| quantidade | unidade | especificação | valor unitário | valor total |
|------------|---------|---------------|----------------|-------------|
| 1,0000     | UNIDAD  | MEDICAMENTOS  | 15.310,40      | 15.310,40   |

## DADOS DA LIQUIDAÇÃO

VALOR LIQUIDADO: 15.310,40  
Nota fiscal mercadoria 299 série 1

Mata Roma, 15 de Abril de 2021.

  
JOSÉ ABRAHAN DE LEOPOLDINO DA SILVA  
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

| DADOS DO PRODUTO |  |          |                |      |         |          |                   |                |                       |                    |               |               |              |              |                              |
|------------------|--|----------|----------------|------|---------|----------|-------------------|----------------|-----------------------|--------------------|---------------|---------------|--------------|--------------|------------------------------|
| Código           | Descrição do Produto                       | NCM/SH   | CSF/<br>C/SOSN | CFOP | Unidade | QTDE     | Valor<br>Unitário | Valor<br>Total | Desconto<br>Acréscimo | Base Calc.<br>ICMS | Aliq.<br>ICMS | Valor<br>ICMS | Aliq.<br>IPI | Valor<br>IPI | Valor Aprox.<br>dos Tributos |
| 1828             | ACIDO ACETILSALICILICO 100MG COMPRIMIDO    | 30049024 | 0500           | 5405 | CPR     | 1318,000 | 0,080             | 105,44         | 0,00                  | 0,00               | 0,00          | 0,00          | 0,00         | 0,00         | 0,00                         |
| 1829             | ÁCIDO FÓLICO 5MG COMPRIMIDO                | 30045090 | 0500           | 5405 | CPR     | 1760,000 | 0,110             | 193,60         | 0,00                  | 0,00               | 0,00          | 0,00          | 0,00         | 0,00         | 0,00                         |
| 1830             | ALBENDAZOL 400 MG COMPRIMIDO               | 30049063 | 0500           | 5405 | CPR     | 600,000  | 1,780             | 1068,00        | 0,00                  | 0,00               | 0,00          | 0,00          | 0,00         | 0,00         | 0,00                         |
| 1920             | ALBENDAZOL 40MG/ML 10ML SUSPENSÃO          | 30049063 | 0500           | 5405 | FR      | 175,000  | 3,670             | 642,25         | 0,00                  | 0,00               | 0,00          | 0,00          | 0,00         | 0,00         | 0,00                         |
| 1831             | AMBROXOL XAROPE ADULTO 100ML               | 30049099 | 0500           | 5405 | FR      | 60,000   | 3,120             | 187,20         | 0,00                  | 0,00               | 0,00          | 0,00          | 0,00         | 0,00         | 0,00                         |
| 1770             | AMBROXOL XAROPE PEDIÁTRICO 100ML           | 30039099 | 0500           | 5405 | FR      | 70,000   | 5,530             | 387,10         | 0,00                  | 0,00               | 0,00          | 0,00          | 0,00         | 0,00         | 0,00                         |
| 1788             | AMOXICILINA 250MG SUSPENSÃO 60ML           | 30041012 | 0500           | 5405 | FR      | 30,000   | 11,710            | 351,30         | 0,00                  | 0,00               | 0,00          | 0,00          | 0,00         | 0,00         | 0,00                         |
| 1832             | AMOXICILINA 500MG CAPSULA                  | 30041012 | 0500           | 5405 | CAP     | 500,000  | 0,620             | 310,00         | 0,00                  | 0,00               | 0,00          | 0,00          | 0,00         | 0,00         | 0,00                         |
| 1857             | AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO              | 30042099 | 0500           | 5405 | CPR     | 87,000   | 2,230             | 194,01         | 0,00                  | 0,00               | 0,00          | 0,00          | 0,00         | 0,00         | 0,00                         |
| 1914             | BROMIDRATO DE FENOTEROL 5,0MG/ML (BRONTEC) | 30039079 | 0500           | 5405 | FR      | 10,000   | 9,420             | 94,20          | 0,00                  | 0,00               | 0,00          | 0,00          | 0,00         | 0,00         | 0,00                         |
| 1878             | CEFALEXINA 250MG/60ML SUSPENSÃO            | 30042052 | 0500           | 5405 | FR      | 50,000   | 17,120            | 856,00         | 0,00                  | 0,00               | 0,00          | 0,00          | 0,00         | 0,00         | 0,00                         |
| 1891             | CEFALEXINA 500MG CAPSULA                   | 30042052 | 2500           | 5405 | CPR     | 50,000   | 0,820             | 41,00          | 0,00                  | 0,00               | 0,00          | 0,00          | 0,00         | 0,00         | 0,00                         |
| 1909             | CETOCONAZOL 200MG COMPRIMIDO               | 30049077 | 0500           | 5405 | CPR     | 400,000  | 0,480             | 192,00         | 0,00                  | 0,00               | 0,00          | 0,00          | 0,00         | 0,00         | 0,00                         |
| 1834             | CETOCONAZOL CREME 30G                      | 30049077 | 0500           | 5405 | TB      | 87,000   | 4,970             | 432,39         | 0,00                  | 0,00               | 0,00          | 0,00          | 0,00         | 0,00         | 0,00                         |
| 1900             | CIMETIDINA 200MG COMPRIMIDO                | 30049099 | 0500           | 5405 | CPR     | 351,000  | 0,290             | 101,79         | 0,00                  | 0,00               | 0,00          | 0,00          | 0,00         | 0,00         | 0,00                         |
| 1835             | CIPROFLOXACINO 500MG COMPRIMIDO            | 30049099 | 0500           | 5405 | CPR     | 439,000  | 0,520             | 228,28         | 0,00                  | 0,00               | 0,00          | 0,00          | 0,00         | 0,00         | 0,00                         |
| 1873             | DEXAMETASONA CREME 10G                     | 30049099 | 0500           | 5405 | TB      | 153,000  | 2,350             | 359,55         | 0,00                  | 0,00               | 0,00          | 0,00          | 0,00         | 0,00         | 0,00                         |
| 1769             | DEXAMETAZONA ELIXIR SUSPENSÃO 120ML        | 30039099 | 0500           | 5405 | FR      | 60,000   | 4,890             | 293,40         | 0,00                  | 0,00               | 0,00          | 0,00          | 0,00         | 0,00         | 0,00                         |
| 1837             | DEXCLORFENTRAMINA 0,4MG/ML 100ML XAROPE    | 30049099 | 0500           | 5405 | FR      | 100,000  | 2,560             | 256,00         | 0,00                  | 0,00               | 0,00          | 0,00          | 0,00         | 0,00         | 0,00                         |
| 1795             | DEXCLORFENTRAMINA 2MG COMPRIMIDO           | 30039099 | 0500           | 5405 | CPR     | 131,000  | 0,170             | 22,27          | 0,00                  | 0,00               | 0,00          | 0,00          | 0,00         | 0,00         | 0,00                         |
| 1838             | DICLOFENACO DE POTASSIO 50MG COMPRIMIDO    | 30049037 | 0500           | 5405 | CPR     | 879,000  | 0,220             | 193,38         | 0,00                  | 0,00               | 0,00          | 0,00          | 0,00         | 0,00         | 0,00                         |
| 1796             | DICLOFENACO SODIO 50MG COMPRIMIDO          | 30049037 | 0500           | 5405 | CPR     | 439,000  | 0,210             | 92,19          | 0,00                  | 0,00               | 0,00          | 0,00          | 0,00         | 0,00         | 0,00                         |
| 1797             | DIPIRONA SODICA 500MG COMPRIMIDO           | 30049099 | 0500           | 5405 | CPR     | 879,000  | 0,310             | 272,49         | 0,00                  | 0,00               | 0,00          | 0,00          | 0,00         | 0,00         | 0,00                         |
| 1864             | DIPIRONA SODICA 500MG/ML GOTAS 10ML        |          |                |      |         |          |                   |                |                       |                    |               |               |              |              |                              |

RECEBEMOS DE I9 SAUDE EQUIPAMENTOS MEDICOS OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTAS FISCAL INDICADA AO LADO

NF-e

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR / NOME DO CLIENTE

VALOR TOTAL DA NOTA CANCELADA

Nº:

SÉRIE: 1

15.310,40

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

I9 SAUDE EQUIPAMENTOS  
MEDICOS E  
ODONTOLOGICOS LTDARUA V-8 N 15, QUADRA 16 - PARQUE  
SHALOM65073-190-SÃO LUÍS-MA  
(98) 3303-9992

comercial@grupoinovesaude.com.br

## DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA1 - SAÍDA  
2 - ENTRADA

1

Nº: 299

SÉRIE: 1

FOLHA: 2/2



## Chave de acesso

2121 0426 5716 4800 0101 5500 1000 0002 9912 8834 1983

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

## Protocolo de Autorização de Uso

421210009259156 15/04/2021 10:50:43

## NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA

## CPF

26.571.648/0001-01

## INSCRIÇÃO ESTADUAL

125100914

## INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

|      |  |          |      |      |     |         |       |         |      |      |      |      |      |      |      |
|------|--|----------|------|------|-----|---------|-------|---------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1816 | NIMESULIDA 100MG COMPRIMIDO                | 30039049 | 0500 | 5405 | CPR | 879,000 | 0,170 | 149,43  | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1899 | NIMESULIDA 50MG/ML 15ML GOTAS              | 30049079 | 0500 | 5405 | FR  | 80,000  | 4,020 | 321,60  | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1818 | OMEPRAZOL 20MG CAPSULA                     | 30049069 | 0500 | 5405 | CPR | 659,000 | 0,150 | 98,85   | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1819 | PARACETAMOL 500MG COMPRIMIDO               | 30049045 | 0500 | 5405 | CPR | 879,000 | 0,210 | 184,59  | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1820 | PARACETAMOL 750MG COMPRIMIDO               | 30049045 | 5500 | 5405 | CPR | 879,000 | 0,370 | 325,23  | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1854 | PARACETAMOL GOTAS 10ML                     | 30039055 | 2500 | 5405 | FR  | 245,000 | 1,300 | 318,50  | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1782 | PREDNISONA 20MG COMPRIMIDO                 | 30043210 | 0500 | 5405 | CPR | 263,000 | 0,300 | 78,90   | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1893 | PREDNISONA 5MG COMPRIMIDO                  | 30043210 | 0500 | 5405 | CPR | 439,000 | 0,250 | 109,75  | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1855 | SALBUTAMOL 0,4MG/ML 100ML<br>SUSPENSÃO     | 30039099 | 0500 | 5405 | FR  | 50,000  | 2,770 | 138,50  | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1856 | SECNIDAZOL 1000MG COMPRIMIDO               | 30049079 | 2500 | 5405 | CPR | 180,000 | 1,120 | 201,60  | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1824 | SIMETICONA GOTAS 10ML                      | 30049099 | 0500 | 5405 | FR  | 100,000 | 2,450 | 245,00  | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1825 | SULFAMETOXAZOL + TRIMET.<br>COMPRIMIDO     | 30049072 | 2500 | 5405 | CPR | 879,000 | 0,260 | 228,54  | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1913 | SULFAMETOXAZOL + TRIMET. SUSPENSÃO<br>50ML | 30042029 | 0500 | 5405 | FR  | 100,000 | 4,000 | 400,00  | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1896 | SULFATO FERROSO 40MG COMPRIMIDO C/<br>500  | 30039099 | 0500 | 5405 | CPR | 879,000 | 0,090 | 79,11   | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1836 | VITAMINA COMPLEXO B SUSPENSÃO<br>100ML     | 30039012 | 0500 | 5405 | FR  | 175,000 | 7,300 | 1277,50 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

Fundo Municipal de Saúde de Mata Roma - MA  
Atesto que os Materiais/ Serviços Constantes  
neste documento foram recebidos / Prestados

Em

Nome do Funcionário

Matrícula N°

## DADOS ADICIONAIS

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

1ª via

IMPOSTO RETIDO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA 83 - VENDA REF.  
CONTRATO N. 021/2021. DADOS BANCÁRIOS. BANCO BRADESCO  
AG:2293-4. C/C: 10898-7

## PARA USO EXCLUSIVO DO FISCO

Voltar

Imprimir

Salvar



Nº 9901383966

## Validação do DANFE

## CHAVE DE ACESSO

21210426571648000101550010000002991288341983

## NÚMERO DO PROTOCOLO TED

995717010

## DADOS DO EMITENTE

## Nome/Razão Social

I9 SAUDE EQUIPAMENTOS MEDICOS E ODONTOLOGICOS LTDA

## Município / UF

## CPF / CNPJ

## Inscrição Estadual

2111300 - MA

26.571.648/0001-01

12.510.091-4

## DADOS DO DESTINATÁRIO

## Nome / Razão Social

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE MATA ROMA

## Município / UF

## CNPJ

2106409 - MA

11.990.341/0001-78

## DADOS DA NOTA FISCAL

## Nº da Nota Fiscal

## Nº Formulário

## Data Emissão

299

0

15/04/2021

## Base de Cálculo do ICMS

## Valor do ICMS

## Base Cálculo do ICMS ST

## Valor do ICMS ST

0,00

0,00

0,00

0,00

## Valor Total da Nota Fiscal

15,310,40

## ITENS DA NOTA

| Descrição do Produto                       | Quantidade | Valor Unitário |
|--|------------|----------------|
| ACIDO ACETILSALICILICO 100MG COMPRIMIDO    | 1318       | 0,08           |
| ACIDO FOLICO 5MG COMPRIMIDO                | 1760       | 0,11           |
| ALBENDAZOL 400 MG COMPRIMIDO               | 600        | 1,78           |
| ALBENDAZOL 40MG/ML 10ML SUSPENSÃO          | 175        | 3,67           |
| AMBROXOL XAROPE ADULTO 100ML               | 60         | 3,12           |
| AMBROXOL XAROPE PEDIATRICO 100ML           | 70         | 5,53           |
| AMOXICILINA 250MG SUSPENSÃO 60ML           | 30         | 11,71          |
| AMOXICILINA 500MG CAPSULA                  | 500        | 0,62           |
| AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO              | 87         | 2,23           |
| BROMIDRATO DE FENOTEROL 5,0MG/ML (BEROTEC) | 10         | 9,42           |
| CEFALEXINA 250MG/60ML SUSPENSÃO            | 50         | 17,12          |
| CEFALEXINA 500MG CAPSULA                   | 50         | 0,82           |
| CETOCONAZOL 200MG COMPRIMIDO               | 400        | 0,48           |
| CETOCONAZOL CREME 30G                      | 87         | 4,97           |
| CIMETIDINA 200MG COMPRIMIDO                | 351        | 0,29           |
| CIPROFLOXACINO 500MG COMPRIMIDO            | 439        | 0,52           |
| DEXAMETASONA CREME 10G                     | 153        | 2,35           |
| DEXAMETAZONA ELIXIR SUSPENSÃO 120ML        | 60         | 4,89           |
| DEXCLORFENIRAMINA 0,4MG/ML 100ML XAROPE    | 100        | 2,56           |
| DEXCLORFENIRAMINA 2MG COMPRIMIDO           | 131        | 0,17           |
| DICLOFENACO DE POTASSIO 50MG COMPRIMIDO    | 879        | 0,22           |
| DICLOFENACO SODIO 50MG COMPRIMIDO          | 439        | 0,21           |
| DIPIRONA SODICA 500MG COMPRIMIDO           | 879        | 0,31           |

|  |     |                  |
|--|-----|------------------|
| DIPIRONA SODICA 500MG/ML GOTAS 10ML      | 263 | 1,59             |
| FLUCONAZOL 150MG CAPSULA                 | 263 | 1,20             |
| HIDROXIDO DE ALUMINIO SUSPENSÃO 100ML    | 100 | 6,44             |
| IBUPROFENO 600MG COMP C/500              | 659 | 0,33             |
| MEBENDAZOL SUSP C/50                     | 131 | 3,45             |
| METRONIDAZOL 250MG COMPRIMIDO            | 879 | 0,28             |
| METRONIDAZOL 40MG/ML SUSPENSÃO 80ML      | 208 | 3,45             |
| METRONIDAZOL CREME VAGINAL 50G+APLICADOR | 30  | 10,08            |
| MICONAZOL CREME DERMATOLOGICO 28G        | 20  | 9,86             |
| MICONAZOL CREME VAGINAL+APLICADOR        | 25  | 14,09            |
| NEOMICINA + BACITRACINA 5MG/G POMADA 10G | 90  | 4,63             |
| NIMESULIDA 100MG COMPRIMIDO              | 879 | 0,17             |
| NIMESULIDA 50MG/ML 15ML GOTAS            | 80  | 4,02             |
| OMEPRAZOL 20MG CAPSULA                   | 659 | 0,15             |
| PARACETAMOL 500MG COMPRIMIDO             | 879 | 0,21             |
| PARACETAMOL 750MG COMPRIMIDO             | 879 | 0,37             |
| PARACETAMOL GOTAS 10ML                   | 245 | 1,30             |
| PREDNISONA 20MG COMPRIMIDO               | 263 | 0,30             |
| PREDNISONA 5MG COMPRIMIDO                | 439 | 0,25             |
| SALBUTAMOL 0,4MG/ML 100ML SUSPENSÃO      | 50  | 2,77             |
| SECNIDAZOL 1000MG COMPRIMIDO             | 180 | 1,12             |
| SIMETICONA GOTAS 10ML                    | 100 | 2,45             |
| SULFAMETOXAZOL +TRIMET. COMPRIMIDO       | 879 | 0,26             |
| SULFAMETOXAZOL +TRIMET. SUSPENSÃO 50ML   | 100 | 4,00             |
| SULFATO FERROSO 40MG COMPRIMIDO C/ 500   | 879 | 0,09             |
| VITAMINA COMPLEXO B SUSPENSÃO 100ML      | 175 | 7,30             |
| <b>TOTAL DOS ITENS</b>                   |     | <b>15.310,40</b> |

**DADOS DO PROCESSO DE PAGAMENTO**

Nº da Nota de Empenho / Contrato

Data de Emissão

15040003

15/04/2021

**DADOS DO RESPONSÁVEL**

CPF

Nome

52453324349

JOSE ABRAHAN DE LEOPOLDINO DA SILVA

**RESERVADO AO ÓRGÃO PÚBLICO PARA  
VALIDAÇÃO**Data da Validação  
**25/05/2021****JOSE ABRAHAN DE LEOPOLDINO DA SILVA /  
52453324349**

# ORDEN DE PAGTO

Maranhão  
Governo Municipal de Mata Roma  
Fundo Municipal de Saúde

## CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

ÓRGÃO..... 02 Executivo  
UNIDADE ORÇAMENTÁRIA..... 02.12. Fundo Municipal de Saúde  
CLASSIFICAÇÃO 10 301 0100 2.221 Funcionamento do Fundo de Saúde  
CATEGORIA ECONÔMICA 3.3.90.30.00 Material de consumo  
FONTE DE RECURSO..... 0114000001 Transferência SUS Bloco de manutenção

## DADOS DO EMPENHO

NOTA DE EMPENHO Nº 15040005 VALOR DO EMPENHO.. R\$ 15.310,40 TIPO DE LICITAÇÃO. não aplicável -  
DATA DO EMPENHO... 15/04/2021 MODALIDADE..... ordinário  
SALDO ANTERIOR.... R\$ 15.310,40 VALOR PAGO..... R\$ 15.310,40 SALDO DO EMPENHO.. R\$ 0,00

## L I Q U I D A Ç Ã O

DATA 15/04/2021 NOTA DE LIQUIDAÇÃO 15040006 VALOR DA NF 15.310,40 PAGAMENTO ATUAL 15.310,40 NOTA FISCAL mercadoria nº 299 série 1 de 15/04/2021

Atestamos o recebimento  
dos produtos / serviços

  
JOSÉ ABRAHAN DE LEOPOLDINO DA SILVA  
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

PAGUE-SE a importância  
constante na presente nota

  
LAURA DE FÁTIMA ALMEIDA ALBUQUERQUE  
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

## ORDEN DE PAGAMENTO Nº 16040003, de 16/04/2021

BANCO/FONTE  
BB.....50.954-X (FMS CUSTEIO SUS)

CHEQ/REF 041603 VALOR 15.310,40

  
LAURA DE FÁTIMA ALMEIDA ALBUQUERQUE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

## Identificação do credor:

Credor.... I9 SAÚDE EQUIPAMENTOS MÉDICOS E ODONTOLÓGICOS LTDA  
Endereço.. RUA V8 N15 Q16, PARQUE SHALON-São Luís-MA 65073-190  
C.N.P.J... 26.571.648/0001-01



**Estado do Maranhão**  
**GOVERNO MUNICIPAL DE MATA ROMA**  
**Prefeitura Municipal de Mata Roma**  
**Controladoria Geral Municipal**

**Relatório do Sistema de Controle Interno Municipal**

**Parecer nº 15040005/2021**

**Ilma. Srta.**  
**Laura de Fatima Almeida Albuquerque**  
**Secretário (a) de Finanças.**  
**Nesta.**

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>Assunto:</b> | <b>Análise do Processo Administrativo.</b> |
|-----------------|--|

|                |  |
|----------------|--|
| <b>Objeto:</b> | <b>Pagamento da Nota Fiscal nº 299, da Secretária Municipal de Saude desta Municipalidade.</b> |
|----------------|--|

**Senhor (a) Sec. De Finanças.**

Segue;

**Requerente: Secretária Municipal de Saude.**

O órgão de Controle Interno da Prefeitura Municipal de Mata Roma – MA atendendo o previsto nos Artigos 31 e 74 da Constituição Federal, Artigo 59 da Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000, e Lei Municipal nº 352/2005, de 31 de outubro de 2005, e demais normas que regulam as atribuições do Sistema de Controle Interno dispostas pelo Tribunal de Contas da União e pelo do Tribunal de Contas do Estado do Maranhão, referentes ao exercício de controle prévio e concomitante dos atos de gestão para análise quanto à legalidade e verificação das demais formalidades, no que tange ao Processo Administrativo, encaminhado pela Secretaria Municipal de Saude referente à solicitação de pagamento das despesas constantes da Nota Fiscal nº 299 em favor da empresa nacional I9 SAUDE EQUIPAMENTOS MEDICOS E ODONTOLOGICOS LTDA. .





**Estado do Maranhão**  
**GOVERNO MUNICIPAL DE MATA ROMA**  
**Prefeitura Municipal de Mata Roma**  
**Controladoria Geral Municipal**

**DOS FATOS**

Veio ao conhecimento desta Controladoria Geral do Município de Mata Roma - MA, o Processo de Pagamento referente a Nota Fiscal de Fatura nº 299 que tem como credor a empresa 19 SAUDE EQUIPAMENTOS MEDICOS E ODONTOLOGICOS LTDA.. para análise quanto a legalidade e verificação das demais formalidades, a fim de executar a sua liquidação e posterior pagamento.

**DA ANÁLISE DOS DOCUMENTOS ANEXADOS**

Verifica-se nos autos os documentos que embasaram o presente processo de pagamento, conforme segue:

| Nº | DISCRIMINAÇÃO   | S/N |
|----|---|-----|
| 01 | Cópia do Extrato do Contrato;                         | S   |
| 02 | Comprovante de envio e Publicação no SACOP;           | S   |
| 03 | Nota de Empenho nº 15040005                           | S   |
| 04 | Nota de Liquidação nº 15040006                        | S   |
| 05 | Nota fiscal nº 299                                    | S   |
| 06 | Ordem de Pagamento nº 16040003                        | S   |
| 07 | Certidão Negativa de Débitos Junto a Receita Federal; | S   |
| 08 | Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;            | S   |
| 09 | Certidão Negativa de Débitos do Estado do Maranhão;   | S   |
| 10 | Certidão de Regularidade do FGTS;                     | S   |
| 11 | CREA-MA   | N   |
| 12 | BOLETIM DE MEDIÇÃO                                    | N   |
| 13 | CADASTRO NACIONAL DE OBRAS                            | N   |



**Estado do Maranhão**  
**GOVERNO MUNICIPAL DE MATA ROMA**  
**Prefeitura Municipal de Mata Roma**  
**Controladoria Geral Municipal**

|    |                              |   |
|----|------------------------------|---|
| 14 | COMPROVANTE DE RESIDENCIA    | N |
| 15 | XEROX DE DOCUMENTOS PESSOAIS | N |

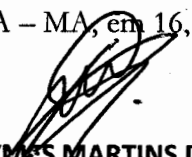
Após verificação de todos os documentos anexados ao presente processo de pagamento, esta Controladoria Geral do Município de MATA ROMA MA, emite Parecer, conforme segue:

**PARECER**

Tendo em vista o exposto, e considerando os dados extraídos dos autos em apreço, constata-se a total legalidade do presente Processo de Pagamento, haja vista ter atendido todas as exigências contidas na Legislação vigente, sobretudo a Lei nº 4.320/64, Lei nº 8.666/93, Lei Complementar nº 101/2000, e demais normas dos Órgãos de Controle vigente.

Diante do exposto, o órgão de Controle Interno emite **PARECER** pela regularidade do pagamento em apreço, haja vista ter sido anexado todos os documentos necessários a liquidação da presente despesa.

MATA ROMA – MA, em 16, de Abril de 2021.

  
**THAYRES MARTINS DA SILVA**  
Controlador Geral do Município  
CPF Nº 035.619.513-92  
Port. Nº 04/2021

**DOC ou TED Eletrônico**

**Debitado**

---

|                |                                   |
|----------------|-----------------------------------|
| Agência        | 1773-6                            |
| Conta corrente | 50954-X MA 210640 FMS CUSTEIO SUS |

**Creditado**

---

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Banco                   | 237 BANCO BRADESCO S.A.                 |
| Agência (sem DV)        | 2293 CALHAU URB SAO LUIS                |
| Conta corrente (com DV) | 108987                                  |
| CNPJ                    | 26.571.648/0001-01                      |
| Nome favorecido         | I9 SAUDE EQUIPAMENTOS MEDICOS E ODONTOL |
| Finalidade              | CREDITO EM CONTA                        |
| Número documento        | 41.603                                  |
| Valor                   | 15.310,40                               |
| Destinação              | 0                                       |
| Data transferência      | 16/04/2021                              |
| "C" - CNPJ diferente    |   |
| Autenticação SISBB      | A424D72951A36634                        |

---

|              |                              |                     |
|--------------|------------------------------|---------------------|
| Assinada por | JE694458 LAURA DE FATIMA ALM | 16/04/2021 16:33:19 |
|              | JE695510 JOSE A L SILVA      | 16/04/2021 16:35:25 |

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JE695510 JOSE A L SILVA.



PREFEITURA DE  
**MATA ROMA**

CONSTRUINDO UM NOVO TEMPO

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MATA ROMA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Mata Roma- MA, CNPJ: 11.990.341/0001-78**

---

**ORGÃO:** Secretaria Municipal de Saúde

**ASSUNTO:** Solicitação de Pagamento Referente ao Fornecimento de Medicamentos Farmácia Básica.

Conforme NF 299 no valor de R\$15.310,40

**INTERESSADO:** Secretaria Municipal de Administração e Finanças



PREFEITURA DE  
**MATA ROMA**  
CONSTRUINDO UM NOVO TEMPO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

OFICIO Nº 057/2021 GAB/SEMUS

Mata Roma - MA, 15 de Abril de 2021.

Exma. Srª.

**LAURA DE FATIMA ALMEIDA ALBUQUERQUE**  
Secretária Municipal de Finanças  
Mata Roma – MA

**Assunto:** Solicitação de Pagamento

Senhora Secretaria,

Ao tempo em que cumprimentamos lhe, vimos através deste, solicitar à Vsª pagamento referente ao fornecimento de Medicamentos de Farmácia Básica para suprir as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde deste Município.

Segue em Anexo Ordem de Fornecimento, Notas fiscal nº299 no valor de R\$15.310,40 (Quinze Mil, Trezentos e Dez Reais e Quarenta centavos).

sem mais para o momento, subscrevo-me.

Cordialmente.

  
**JOSÉ ABRAHAN DE LEOPOLDINO DA SILVA**  
Secretário Municipal de Saúde

Portaria 05/2021

À  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MATA ROMA /MA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MATA ROMA  
CNPJ Nº 11.990.341/0001-78

CONTRATO DE FORNECIMENTO Nº 20210021

SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO NF 299

A empresa I9 SAÚDE EQUIPAMENTOS MÉDICOS E ODONTOLÓGICOS LTDA, inscrita no CNPJ sob o n.º 26.571.648/0001-01, por intermédio de seu representante legal o Sr. DIOGO EDUARDO LOBO CRUZ, portador da CI n.º 122800799-0 – SSP/MA e do CPF n.º 007.896.763-54 vem através deste, solicitar pagamento referente ao, Contrato Nº 20210021, conforme nota fiscal nº 299 no valor de R\$ 15.310,40 em anexo, informo nessa oportunidade os meus dados bancários e toda documentação necessária prevista em contato.

Banco Bradesco, cód (237)  
AG: 2293-4  
C/C: 10898-7

Documentos em anexo:  
Nota Fiscal;  
CDNs:  
CND FEDERAL;  
CND ESTADUAL;  
CND MUNICIPAL;  
CND TRABALHISTA E FGTS;  
COMPROVANTE DE CNPJ

São Luís (MA), 15 de abril 2021.

**DIOGO EDUARDO LOBO CRUZ:**  
**00789676354**

Assinado digitalmente por  
DIOGO EDUARDO LOBO  
CRUZ:00789676354  
Data: 2021.04.15 10:54:58-03'00'  
Foxit PhantomPDF Versão:  
10.1.0

---

Diogo Eduardo Lobo Cruz  
Sócio Diretor  
CPF: 007.896.763-54  
RG: 122800799-0 – SSP/MA



PREFEITURA DE  
**MATA ROMA**  
CONSTRUINDO UM NOVO TEMPO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ORDEM DE  
FORNECIME  
NTO

ORDEM DE FORNECIMENTO DO CONTRATO Nº: 021/2021

|                 |  |              |                |
|-----------------|--|--------------|----------------|
| ORGÃO:          | Secretaria Municipal de Saúde.   |              |                |
| ENDEREÇO:       | Rua Odilon Machado, 531, Centro C. E. P. Nº: 65.510-000, MATA ROMA – MA; |              |                |
| C. N. P. J. Nº: | 06.119.945/0001-03;  | TELEFONE:    |                |
| SECRETÁRIO:     | JOSE ABRAHAN DE LEOPOLDINO DA SILVA                                      |              |                |
| IDENTIDADE Nº:  | ;  | C. P. F. Nº: | 524.533.243-49 |

DADOS DO (A)  
CONTRATADO (A)

|                 |   |              |                |
|-----------------|---|--------------|----------------|
| NOME:           | I9 SAÚDE EQUIPAMENTOS MEDICOS E ODONTOLÓGICOS LTDA  |              |                |
| ENDEREÇO:       | Rua: V-8, Nº15, QD.16, Parque Shalon, São Luís/MA,; |              |                |
| C. N. P. J. Nº: | 26.571.648/0001-01                                  | TELEFONE:    |                |
| RESPONSÁVEL:    | DIOGO EDUARDO LOBO CRUZ                             |              |                |
| IDENTIDADE Nº:  |   | C. P. F. Nº: | 007.896.763-54 |

DADOS DO  
CONTRATO

|                                |  |   |                             |
|--------------------------------|--|---|-----------------------------|
| CONTRATO Nº:                   | 20210021;                                    | DATA:   | 08 de março de 2021         |
| MOD. / Nº PROCESSO LICITATÓRIO | Processo Adesão de Ata de Registro de Preço; |   |                             |
| PROCESSO ADM Nº:               | 20210021                                     | VIGÊNCIA  | até 31 de dezembro de 2021; |
| OBJETO:                        | Fornecimento de Material Permanente;         |   |                             |
| DOT. ORÇAMENTÁRIA:             | AÇÃO:  | Atividade 10.301.0100.2221                            |                             |
|                                | NATUREZA:                                    | Func. do Fundo de Saúde, 3.3.90.30.00 Mat. de Consumo |                             |

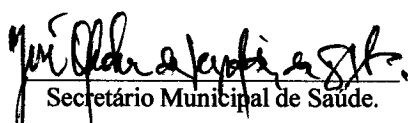
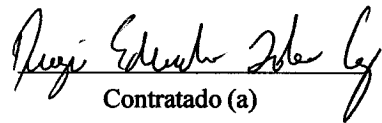
DADOS ESPECÍFICOS DO OBJETO

| LOTE II - FARMÁCIA BÁSICA |  |      |      |            |          |             |
|---------------------------|--|------|------|------------|----------|-------------|
| ITEM                      | DESCRIÇÃO                                    | UND  | QTDE | MARCA      | V. UNIT. | V. TOTAL    |
| 2                         | AAS 100 MG COMPRIMIDO                        | CPR  | 1318 | GRENPHARMA | R\$0,08  | R\$105,44   |
| 3                         | ÁCIDO FÓLICO 5MG COMPRIMIDO                  | CPR  | 1760 | HIPOLABOR  | R\$0,11  | R\$193,60   |
| 4                         | ALBENDAZOL 400 MG COMPRIMIDO                 | CPR  | 600  | PRATI      | R\$1,78  | R\$1.068,00 |
| 5                         | ALBENDAZOL SUSPENSÃO 40MG/ML 10ML            | FR   | 175  | PRATI      | R\$3,67  | R\$642,25   |
| 6                         | AMBROXOL XAROPE ADULTO 100ML                 | FR   | 60   | FARMACE    | R\$3,12  | R\$187,20   |
| 7                         | AMBROXOL XAROPE PEDIATRICO 100ML             | FRS  | 70   | FARMACE    | R\$5,53  | R\$387,10   |
| 8                         | AMOXICILINA 500MG CAPSULA                    | CAPS | 500  | PRATI      | R\$0,62  | R\$310,00   |
| 9                         | AMOXICILINA (DUZUMICIN) 250MG SUSPENSÃO 60ML | FR   | 30   | PRATI      | R\$11,71 | R\$351,30   |
| 12                        | AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO                | CPR  | 87   | PRATI      | R\$2,23  | R\$194,01   |
| 15                        | BROMIDRATO DE FENOTEROL 5,0MG (BEROTEC)      | FR   | 10   | PRATI      | R\$9,42  | R\$94,20    |
| 18                        | CEFALEXINA 500MG CAPSULA                     | CAPS | 50   | TEUTO      | R\$0,82  | R\$41,00    |
| 19                        | CEFALEXINA 250MG/60ML SUSPENSÃO              | FRS  | 50   | TEUTO      | R\$17,12 | R\$856,00   |
| 20                        | CETOCONAZOL CREME 30G                        | TB   | 87   | PRATI      | R\$4,97  | R\$432,39   |
| 21                        | CETOCONAZOL 200MG COMPRIMIDO                 | CPR  | 400  | PRATI      | R\$0,48  | R\$192,00   |
| 22                        | CIMETIDINA 200MG COMPRIMIDO                  | CPR  | 351  | PRATI      | R\$0,29  | R\$101,79   |
| 25                        | CIPROFLOXACINO 500MG COMPRIMIDO              | CPR  | 439  | PRATI      | R\$0,52  | R\$228,28   |

|  |  |      |     |            |          |              |
|--|--|------|-----|------------|----------|--------------|
| 26                                       | DEXAMETASONA SUSPENSÃO 120ML                 | FR   | 60  | PRATI      | R\$4,89  | R\$293,40    |
| 27                                       | DEXAMETASONA CREME 10G                       | TB   | 153 | PRATI      | R\$2,35  | R\$359,55    |
| 28                                       | DEXCLORFENIRAMINA 0,4MG/ML 100ML XAROPE      | FR   | 100 | PRATI      | R\$2,56  | R\$256,00    |
| 29                                       | DEXCLORFENIRAMINA 2MG COMPRIMIDO             | CPR  | 131 | GEOLAB     | R\$0,17  | R\$22,27     |
| 30                                       | DICLOFENACO SODIO 50MG COMPRIMIDO            | CPR  | 439 | PRATI      | R\$0,21  | R\$92,19     |
| 31                                       | DICLOFENACO DE POTASSIO 50MG COMPRIMIDO      | CPR  | 879 | PRATI      | R\$0,22  | R\$193,38    |
| 33                                       | DIPIRONA SODICA 500MG COMPRIMIDO             | CPR  | 879 | PRATI      | R\$0,31  | R\$272,49    |
| 34                                       | DIPIRONA 500MG/ML GOTAS 10ML                 | FR   | 263 | PRATI      | R\$1,59  | R\$418,17    |
| 35                                       | FLUCONAZOL 150MG CÁPSULA                     | CAPS | 263 | PRATI      | R\$1,20  | R\$315,60    |
| 36                                       | HIDROXIDO DE ALUMINIO SUSPENSÃO 100ML        | FR   | 100 | NATULAB    | R\$6,44  | R\$644,00    |
| 39                                       | IBUPROFENO 600MG COMP C/500                  | CPR  | 659 | PRATI      | R\$0,33  | R\$217,47    |
| 42                                       | MEBENDAZOL SUSP C/50                         | FR   | 131 | GRENPHARMA | R\$3,45  | R\$451,95    |
| 43                                       | METRONIDAZOL 40MG/ML SUSPENSÃO 80ML          | FR   | 208 | TEUTO      | R\$3,45  | R\$717,60    |
| 44                                       | METRONIDAZOL 250MG COMPRIMIDO                | CPR  | 879 | PRATI      | R\$0,28  | R\$246,12    |
| 45                                       | METRONIDAZOL CREME VAGINAL 50G+APLICADOR     | TB   | 30  | TEUTO      | R\$10,08 | R\$302,40    |
| 46                                       | MICONAZOL CREME DERMATOLOGICO 28G            | TB   | 20  | TEUTO      | R\$9,86  | R\$197,20    |
| 47                                       | MICONAZOL CREME VAGINAL+APLICADOR            | TB   | 25  | TEUTO      | R\$14,09 | R\$352,25    |
| 48                                       | NEOMICINA+BACITRACINA 5MG/G 10G              | TB   | 90  | PRATI      | R\$4,63  | R\$416,70    |
| 49                                       | NIMESULIDA 100MG COMPRIMIDO                  | CPR  | 879 | GEOLAB     | R\$0,17  | R\$149,43    |
| 50                                       | NIMESULIDA 50MG/ML 15ML GOTAS                | FR   | 80  | GEOLAB     | R\$4,02  | R\$321,60    |
| 53                                       | OMEPRAZOL 20MG CAPSULA                       | CPR  | 659 | PHARLA     | R\$0,15  | R\$98,85     |
| 54                                       | PARACETAMOL 500MG COMPRIMIDO                 | CPR  | 879 | GRENPHARMA | R\$0,21  | R\$184,59    |
| 55                                       | PARACETAMOL 750MG COMPRIMIDO                 | CPR  | 879 | GRENPHARMA | R\$0,37  | R\$325,23    |
| 56                                       | PARACETAMOL GOTAS 10ML                       | FR   | 245 | GEOLAB     | R\$1,30  | R\$318,50    |
| 60                                       | PREDNISONA 20MG COMPRIMIDO                   | CPR  | 263 | SANVAL     | R\$0,30  | R\$78,90     |
| 61                                       | PREDNISONA 5MG COMPRIMIDO                    | CPR  | 439 | SANVAL     | R\$0,25  | R\$109,75    |
| 63                                       | SALBUTAMOL 0,4MG/ML XAROPE 100ML             | FR   | 50  | PRATI      | R\$2,77  | R\$138,50    |
| 64                                       | SECNIDAZOL 1000MG COMPRIMIDO                 | CPR  | 180 | PRATI      | R\$1,12  | R\$201,60    |
| 65                                       | SIMETICONA GOTAS 10ML                        | FR   | 100 | PRATI      | R\$2,45  | R\$245,00    |
| 66                                       | SULFA+TRIMET 400+80MG COMPRIMIDO             | CPR  | 879 | PRATI      | R\$0,26  | R\$228,54    |
| 67                                       | SULFA. + TRIMET. 40MG+80MG/ML SUSPENSÃO 50ML | FR   | 100 | PRATI      | R\$4,00  | R\$400,00    |
| 69                                       | SULFATO FERROSO 40MG COMPRIMIDO C/ 500       | CPR  | 879 | PRATI      | R\$0,09  | R\$79,11     |
| 71                                       | VITAMINA COMPLEXO B SUSPENSÃO 100ML          | FR   | 175 | MEDQUIMICA | R\$7,30  | R\$1.277,50  |
| VALOR TOTAL DO LOTE II - FARMÁCIA BÁSICA |  |      |     |            |          | R\$15.310,40 |

Pelo presente instrumento, fica o contratado AUTORIZADO a iniciar o fornecimento do objeto, conforme dados específicos e nas condições estabelecidas em contrato.

Informamos ainda, que a FISCALIZAÇÃO do referido fornecimento será de responsabilidade da Secretária Municipal de Saúde.

|               |   |   |
|---------------|---|---|
| MATA ROMA -MA | Autorizado em: 07/04/2021   | Recebido em: 08/04/2021   |
|               | <br>Secretário Municipal de Saúde. | <br>Contratado (a) |





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

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

**Nome: I9 SAUDE EQUIPAMENTOS MEDICOS E ODONTOLOGICOS LTDA**  
**CNPJ: 26.571.648/0001-01**

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:

1. constam débitos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional (CTN), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal, ou ainda não vencidos; e
2. não constam inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) na Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

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 09:24:37 do dia 01/04/2021 <hora e data de Brasília>.

Válida até 28/09/2021.

Código de controle da certidão: **875A.9743.40E4.E0FA**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



**GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA**

**CERTIDÃO NEGATIVA DE DÍVIDA ATIVA**

**Nº Certidão:** 067452/20

**Data da**

29/12/2020 15:17:27

**Inscrição Estadual:** 125100914

**CPF/CNPJ:** 26571648000101

**Razão Social:** I9 SAUDE EQUIPAMENTOS MEDICOS E ODONTOLOGICOS LTDA

**Endereço:** RUA V 8, 15 QUADRA 16 CEP: 65073105

**Telefone:** (98)32351018

**Município:** SAO LUIS

**UF:** MA

Certificamos que, após a realização das consultas procedidas no sistema desta Secretaria e na forma do disposto do artigo 156, da lei nº 2.231, de 29/12/1962, substanciado pelos artigos 240 a 242 da lei nº 7.799, de 19/12/2002, bem como prescreve o artigo 205 da lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional) não constam débitos inscritos na Dívida Ativa, em nome do sujeito passivo acima identificado.

**Validade da Certidão:** 120 (cento e vinte) dias: 28/04/2021.

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada no endereço:

<http://portal.sefaz.ma.gov.br/>, clicando no item "Certidões" e em seguida em "Validação de Certidão Negativa de Dívida Ativa".

**CERTIDÃO EMITIDA GRATUITAMENTE.**



**GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA**

**CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO**

**Nº Certidão:** 146228/21

**Data da**

30/03/2021 09:00:07

**Inscrição Estadual:** 125100914

**CPF/CNPJ:** 26571648000101

**Razão Social:** I9 SAUDE EQUIPAMENTOS MEDICOS E ODONTOLOGICOS LTDA

**Endereço:** RUA V 8, 15 QUADRA 16 CEP: 65073105

**Telefone:** (98)32351018

**Município:** SAO LUIS

**UF:** MA

Certificamos que, após a realização das consultas procedidas no sistema desta Secretaria, substanciado pelos artigos 240 a 242, da lei nº 7.799, de 19/12/2002 e disposto no artigo 205 da lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional), não constam débitos relativos aos tributos estaduais, administrados por esta Secretaria, em nome do sujeito passivo acima identificado. Ressalvado, todavia, à Fazenda Pública Estadual o direito da cobrança de dívidas que venham a ser apuradas e não alcançadas pela decadência.

**Validade da Certidão:** 120 (cento e vinte) dias: 28/07/2021.

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada no endereço:

<http://portal.sefaz.ma.gov.br/>, clicando no item "Certidões" e em seguida em "Validação de Certidão Negativa de Débito".

**CERTIDÃO EMITIDA GRATUITAMENTE.**

**Data Impressão:** 01/04/2021 09:15:16



CERTIFICADO

102021009212480



PREFEITURA DE SAO LUÍS

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITO DE NEGATIVA

NÚMERO DA CERTIDÃO: 00006002202021

Validade: 02/05/2021

CERTIFICAMOS QUE, VERIFICANDO OS REGISTROS DA SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA, CONSTATAMOS EXISTIR, NESTA DATA, PENDÊNCIAS CADASTRADAS NA INSCRIÇÃO DA PESSOA JURÍDICA DESCRITA ABAIXO, AS QUAIS ESTÃO COM EXIGIBILIDADE SUSPensa, CONFORME O DISPOSTO NO ARTIGO 151 DO CTN E NOS ARTIGOS 80 E 81, DA LEI 6.289, DE 28/12/2017, RESSALVADO O DIREITO DE A FAZENDA PÚBLICA MUNICIPAL INSCREVER E COBRAR DÉBITOS AINDA NÃO REGISTRADOS OU QUE VENHAM A SER APURADOS.

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <b>DADOS DA PESSOA JURÍDICA</b>   |                                      |
| <b>CNPJ:</b> 26.571.648/0001-01   | <b>Inscrição Municipal:</b> 98224969 |
| <b>Razão Social:</b> I9 SAUDE EQUIPAMENTOS MEDICOS E ODONTOLOGICOS LTDA   |                                      |
| <b>Atividade Econômica Principal</b>  |                                      |
| 466480000 – COMERCIO ATACADISTA DE MAQUINAS, APARELHOS E EQUIPAMENTOS PARA USO ODONTO-MEDICO-HOSPITALAR; PARTES E PECAS |                                      |
| <b>Endereço Principal</b>   |                                      |
| <b>Logradouro:</b> RUA V-8  |                                      |
| <b>Número:</b> 15   | <b>Complemento:</b> QUADRA 16;       |
| <b>Bairro:</b> Parque Shalon  |                                      |
| <b>Município:</b> SAO LUIS - MA   | <b>CEP:</b> 65073105                 |

A presente certidão, sem conter rasuras, tem sua eficácia até a data de validade acima informada, tendo sido lavrada em São Luís (MA), em **02 de abril de 2021 às 20:27**, sob o código de autenticidade nº **49E480C321DC1AAEE8DEE7779ED68946**.

A autenticidade desta certidão poderá ser confirmada na Internet, em  
<https://stm.semfaz.saoluis.ma.gov.br/validacaocertidao>.

**"NÃO É VÁLIDA A CERTIDÃO QUE CONTIVER EMENDAS, RASURAS OU ENTRELINHAS."**



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

### **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

Nome: I9 SAUDE EQUIPAMENTOS MEDICOS E ODONTOLOGICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 26.571.648/0001-01

Certidão nº: 34768752/2020

Expedição: 29/12/2020, às 10:22:36

Validade: 26/06/2021 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **I9 SAUDE EQUIPAMENTOS MEDICOS E ODONTOLOGICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **26.571.648/0001-01**, **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:** 26.571.648/0001-01

**Razão Social:** 19 SAUDE EQUIPAMENTOS MEDICOS E ODONTOLOGICOS LTDA

**Endereço:** R V-8 15 QUADRA 16 / PARQUE SHALON / SAO LUIS / MA / 65073-105

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:** 06/04/2021 a 05/05/2021

**Certificação Número:** 2021040602530127833610

Informação obtida em 14/04/2021 16:19:44

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)**



## REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

|   |   |                                |
|---|---|--------------------------------|
| NÚMERO DE INSCRIÇÃO<br>26.571.648/0001-01<br>MATRIZ | COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO<br>CADASTRAL | DATA DE ABERTURA<br>21/11/2016 |
|---|---|--------------------------------|

|  |
|--|
| NOME EMPRESARIAL<br>I9 SAUDE EQUIPAMENTOS MEDICOS E ODONTOLOGICOS LTDA |
|--|

|   |              |
|---|--------------|
| TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)<br>INOVE SAUDE | PORTE<br>EPP |
|---|--------------|

|   |
|---|
| CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL<br>46.64-8-00 - Comércio atacadista de máquinas, aparelhos e equipamentos para uso odonto-médico-hospitalar; partes e peças |
|---|

|   |
|---|
| CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS<br>33.12-1-03 - Manutenção e reparação de aparelhos eletromédicos e eletroterapêuticos e equipamentos de irradiação<br>33.14-7-04 - Manutenção e reparação de compressores<br>33.19-8-00 - Manutenção e reparação de equipamentos e produtos não especificados anteriormente<br>33.29-5-99 - Instalação de outros equipamentos não especificados anteriormente<br>45.11-1-01 - Comércio a varejo de automóveis, camionetas e utilitários novos<br>45.11-1-03 - Comércio por atacado de automóveis, camionetas e utilitários novos e usados<br>46.18-4-02 - Representantes comerciais e agentes do comércio de instrumentos e materiais odonto-médico-hospitalares (Dispensada *)<br>46.42-7-02 - Comércio atacadista de roupas e acessórios para uso profissional e de segurança do trabalho (Dispensada *)<br>46.44-3-01 - Comércio atacadista de medicamentos e drogas de uso humano<br>46.45-1-01 - Comércio atacadista de instrumentos e materiais para uso médico, cirúrgico, hospitalar e de laboratórios<br>46.45-1-02 - Comércio atacadista de próteses e artigos de ortopedia<br>46.45-1-03 - Comércio atacadista de produtos odontológicos<br>46.46-0-02 - Comércio atacadista de produtos de higiene pessoal<br>46.49-4-01 - Comércio atacadista de equipamentos elétricos de uso pessoal e doméstico<br>46.49-4-02 - Comércio atacadista de aparelhos eletrônicos de uso pessoal e doméstico<br>46.49-4-04 - Comércio atacadista de móveis e artigos de colchoaria (Dispensada *)<br>46.49-4-08 - Comércio atacadista de produtos de higiene, limpeza e conservação domiciliar<br>46.51-6-01 - Comércio atacadista de equipamentos de informática (Dispensada *)<br>46.51-6-02 - Comércio atacadista de suprimentos para informática (Dispensada *)<br>47.51-2-01 - Comércio varejista especializado de equipamentos e suprimentos de informática (Dispensada *) |
|---|

|  |
|--|
| CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA<br>206-2 - Sociedade Empresária Limitada |
|--|

|                     |              |                         |
|---------------------|--------------|-------------------------|
| LOGRADOURO<br>R V-8 | NÚMERO<br>15 | COMPLEMENTO<br>QUADRA16 |
|---------------------|--------------|-------------------------|

|                   |                                  |                       |          |
|-------------------|----------------------------------|-----------------------|----------|
| CEP<br>65.073-105 | BAIRRO/DISTRITO<br>PARQUE SHALON | MUNICÍPIO<br>SAO LUIS | UF<br>MA |
|-------------------|----------------------------------|-----------------------|----------|

|                     |                            |
|---------------------|----------------------------|
| ENDEREÇO ELETRÔNICO | TELEFONE<br>(98) 3235-1018 |
|---------------------|----------------------------|

|  |
|--|
| ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)<br>***** |
|--|

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| SITUAÇÃO CADASTRAL<br>ATIVA | DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL<br>21/11/2016 |
|-----------------------------|--|

|                              |
|------------------------------|
| MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL |
|------------------------------|

|                            |                                    |
|----------------------------|------------------------------------|
| SITUAÇÃO ESPECIAL<br>***** | DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL<br>***** |
|----------------------------|------------------------------------|

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia 01/04/2021 às 09:28:12 (data e hora de Brasília).

Página: 1/2



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA**

|   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| <b>NÚMERO DE INSCRIÇÃO</b><br>26.571.648/0001-01<br><b>MATRIZ</b>   | <b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b> | <b>DATA DE ABERTURA</b><br>21/11/2016 |
| <b>NOME EMPRESARIAL</b><br>I9 SAUDE EQUIPAMENTOS MEDICOS E ODONTOLOGICOS LTDA   |   |                                       |
| <b>CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS</b><br>47.54-7-01 - Comércio varejista de móveis (Dispensada *)<br>47.73-3-00 - Comércio varejista de artigos médicos e ortopédicos (Dispensada *)<br>47.89-0-05 - Comércio varejista de produtos saneantes domissanitários<br>49.30-2-01 - Transporte rodoviário de carga, exceto produtos perigosos e mudanças, municipal.<br>49.30-2-02 - Transporte rodoviário de carga, exceto produtos perigosos e mudanças, intermunicipal, interestadual e internacional<br>77.32-2-01 - Aluguel de máquinas e equipamentos para construção sem operador, exceto andaimes<br>77.39-0-02 - Aluguel de equipamentos científicos, médicos e hospitalares, sem operador |   |                                       |
| <b>CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA</b><br>206-2 - Sociedade Empresária Limitada   |   |                                       |
| <b>LOGRADOURO</b><br>R V-8  | <b>NÚMERO</b><br>15                                     | <b>COMPLEMENTO</b><br>QUADRA16        |
| <b>CEP</b><br>65.073-105  | <b>BAIRRO/DISTRITO</b><br>PARQUE SHALON                 | <b>MUNICÍPIO</b><br>SAO LUIS          |
| <b>ENDEREÇO ELETRÔNICO</b>  |   | <b>UF</b><br>MA                       |
| <b>TELEFONE</b><br>(98) 3235-1018   |   |                                       |
| <b>ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)</b><br>*****   |   |                                       |
| <b>SITUAÇÃO CADASTRAL</b><br>ATIVA  | <b>DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL</b><br>21/11/2016         |                                       |
| <b>MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b>   |   |                                       |
| <b>SITUAÇÃO ESPECIAL</b><br>*****   | <b>DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL</b><br>*****               |                                       |

(\*) A dispensa de alvarás e licenças é direito do empreendedor que atende aos requisitos constantes na Resolução CGSIM nº 51, de 11 de junho de 2019, ou da legislação própria encaminhada ao CGSIM pelos entes federativos, não tendo a Receita Federal qualquer responsabilidade quanto às atividades dispensadas.

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia 01/04/2021 às 09:28:12 (data e hora de Brasília).

Página: 2/2