



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTANHA
Governo do Estado do ESPIRITO SANTO



COMPROVANTE DE PROTOCOLIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a) MONALISA LOPES MIRANDA,

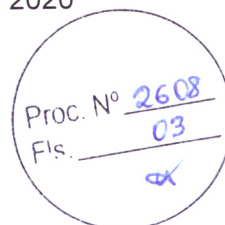
Comunicamos que o registro abaixo foi efetuado com sucesso e que o mesmo já foi encaminhado para o(s) devido(s) setor(es) competente(s) para as devidas providências.

Confira abaixo algumas informações contidas em nosso banco de dados:

Descrição: **Processo, REQUERIMENTO Nº 002608/2020 - Interno**
Origem: **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
Abertura: **10/06/2020 13:11:08**
Interessado: **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
Requerente: **MONALISA LOPES MIRANDA**
Assunto: **COMPRAS E SERVIÇOS**
Detalhamento: **SOLICITAÇÃO DE EMPENHO - AQUISIÇÃO DE TESTES CORONAVIRUS (COVID-19)**

SOLICITAÇÃO DE EMPENHO

Excelentíssima Senhora Secretária Municipal de Saúde



Considerando a Portaria do Ministério da Saúde de nº 356 que estabelece medidas de enfrentamento ao COVID-19.

Considerando os Decretos Municipais de nº 4320 e 4321 que estabelecem normas para o enfrentamento do Corona vírus e declara situação de emergência.


Considerando a necessidade implantar medidas de proteção e intensificação das medidas de prevenção a população nesse período de colheita de café.

Considerando a necessidade de diagnóstico precoce da COVID-19, pode evitar a proliferação do vírus e com isso auxiliar no controle, prevenção e contingenciamento, tendo em vista que o isolamento social no período que contágio evita a disseminação da doença.

Considerando que o acompanhamento e o tratamento no início da infecção pode evitar o agravamento e complicações devido a COVID-19, fazendo assim necessário a aquisição dos testes para realizar a testagem da população que apresentar síndromes gripais.

Venho, solicitar a realização de **EMPENHO** para a aquisição de teste rápidos de IGG e IGM para a detecção do covid-19 para auxiliar no processo de diagnóstico, controle e prevenção da população. Se tratando produtos a ser adquirido, como medida de prevenção no período de Pandemia, informo que o recurso a ser utilizado **Recurso SUS / coteio- covid.**

DESCRIPTIVO DO ITEM	
ITEM	VALOR /
MEDLEVENSOHN COMERCIO E REPRESENTAÇÕES DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA	R\$ 49. 500,00


Marilice Lopes Miranda
CPF: 004.919.055-56
Coord. Fundo Municipal de Saúde
Coordenadora do Fundo Municipal de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTANHA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



JUSTIFICATIVA

A contratação da empresa Medlevensohn Comercio e Representações para realizar o fornecimento de testes rápidos de Coronavírus (Covid-19) IGG e IGM, se justifica pois além de apresentar o menor preço no processo de pesquisa de preço o Teste Rápido, Medteste Coronavírus (Covid-19) IgG/IgM, fornecido pela empresa consta na lista de teste aprovados e regulamentados na Resolução - RE nº 777 de 18 de março de 2020 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (em anexo).

Coordenadora do Fundo Municipal de Saúde

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 19/03/2020 | Edição: 54 | Seção: 1 | Página: 77

Órgão: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Terceira Diretoria/Gerência-Geral de Tecnologia de Produtos para Saúde

RESOLUÇÃO-RE Nº 777, DE 18 DE MARÇO DE 2020

O Gerente-Geral de Tecnologia de Produtos para Saúde, no uso das atribuições que lhe confere o art. 156, aliado ao art. 54, I, § 1º do Regimento Interno aprovado pela Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 255, de 10 de dezembro de 2018, resolve:

Art. 1º Deferir as petições relacionadas à Gerência-Geral de Tecnologia de Produtos para a Saúde, conforme anexo.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

LEANDRO RODRIGUES PEREIRA

ANEXO

ASSUNTO	CNPJ	EMPRESA	PROCESSO	EXPEDIENTE	NOME COMERCIAL
8433 - IVD - Registro de produto	04846613000103	CELER BIOTECNOLOGIA S/A	25351174464202054	0750464201	One Step COVID-2019 Test
8433 - IVD - Registro de produto	11462456000190	DIAGNÓSTICA INDUSTRIA E COMÉRCIO LTDA - ME	25351167156202072	0728399207	CORONAVÍRUS RAPID TEST
8433 - IVD - Registro de produto	50657402000131	EBRAM PRODUTOS LABORATORIAIS LTDA	25351153719202045	0680326201	CORONAVÍRUS IgG/IgM (COVID-19)
8433 - IVD - Registro de produto	14633154000206	Eco Diagnostica Ltda	25351162809202027	0714193209	ECO F COVID-19 Ag
8433 - IVD - Registro de produto	14633154000206	Eco Diagnostica Ltda	25351148977202018	0661033201	COVID-19 IgG/IgM ECO Teste
8433 - IVD - Registro de produto	14633154000206	Eco Diagnostica Ltda	25351112132202086	0506305201	COVID-19 Ag ECO Teste
8433 - IVD - Registro de produto	05343029000190	MEDLEVENSOHN COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA	25351189196202075	0805276200	MedTeste Coronavirus (COVID-19) IgG/IgM (TESTE RAPIDO)

Este conteúdo não substitui o publicação na versão certificada.

MANEJO CLÍNICO DA COVID



**MONTANHA
PREFEITURA**

SECRETARIA DE SAÚDE

DEFINIÇÃO DE CASO

Caso suspeito

- Paciente com sintomas compatíveis com COVID-19 na ausência de outra etiologia que possa explicar completamente a situação clínica, mesmo na ausência de contato com caso conhecido.
- Antecedente de contato com paciente com COVID-19 em período menor que 14 dias.

Sintomas inespecíficos

- Temperatura maior ou igual a 37,8°C
- Tosse seca
- Anorexia
- Astenia
- Adinofagia
- Dor de cabeça persistente
- Diarreia
- Calafrios
- Mialgia - artralgia
- Pouca ou nenhuma secreção de vias aéreas superiores
- Rash cutâneo ou manifestações cutâneas inespecíficas
- Conjuntivite
- Outros sintomas gastrointestinais: náuseas, vômitos, dor abdominal.
- Hipotermia

Proc. Nº 2608
Fls. 06

FASE 1	FASE 2A	FASE 2B
Replicação viral crescente ao longo dos dias. Resposta Inflamatória inicial.	Diminuição da replicação viral e intensificação da resposta inflamatória. (sem hipóxia)	Finalização Inflamatória
Duração média de até 5 dias e tratamento ambulatorial	Inicição a partir do 5º dia e tratamento ambulatorial	Inicição a partir do 10º dia e tratamento hospitalar
Formas de apresentação	Formas de apresentação:	Formas de apresentação:
Sintomas, sinais e exames indicados.	<input type="checkbox"/> Tosse seca (sem dispneia) <input type="checkbox"/> Temperatura maior que 37,8°C <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Hipotermia Saturação de O2 pelo oxímetro digital normal.	<input type="checkbox"/> Limitação <input type="checkbox"/> Aumento (minuto) <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Hipoxia (ox) Menor que Menor que
Assintomático		
Nesse período o indivíduo, sem restrições na vida normal, é responsável pela maior disseminação da doença.		
Sintomático		
<input type="checkbox"/> Temperatura maior ou igual a 37,8°C <input type="checkbox"/> Cefaleia resistente a drogas analgésicas comuns <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anosmia <input type="checkbox"/> Ageusia		
Exames laboratoriais	Exames laboratoriais:	Exames laboratoriais:
Leucopenia, leucocitose e linfopenia leve. Linfopenia é o achado mais comum em mais de 80% dos casos descritos. Outros exames laboratoriais em geral são normais. Aumento de gama-GT pode ser anterior ao aumento das transaminases (transaminite). O D-dímero se aumentado nessa fase indica início da fase 2A. Relação neutrófilos/linfócitos (valor normal 0,78-3,53) é um marcador de inflamação subclínica.	Linfopenia mais acentuada. Plaquetopenia discreta. Aumento progressivo de D-dímero e marcadores inflamatórios (PCR, VSH e outros). Aumento de transaminases.	Linfopenia Plaquetopenia Relação neutrofilos/linfocitos (normal: 0,78-3,53) Aumento de D-dímero Aumento de transaminases Aumento de gama-GT
Exames laboratoriais adicionais:	Aumento moderado de interleucina 6, procalcitonina e troponina. Saturação de O2 pelo oxímetro digital normal.	Aumento de D-dímero Aumento de transaminases Aumento de gama-GT
Radiografia de tórax (menos sensível que a T.C.)	Radiografia de tórax (menos sensível que a T.C.)	Radiografia de tórax (menos sensível que a T.C.)
Os achados não são específicos e o exame pode ser normal na fase inicial da doença em até 70% dos casos.	O acometimento pulmonar é subestimado pela baixa sensibilidade. Os achados nessa fase incluem opacidades de espaço aéreo (alveolares) ou infiltrado alvéolo-intersticial, multilobares e bilaterais.	Opacidade individualizada Opacidade multilobar consolidada Espessamento mosaico Lesões do "nuvem" As opacidades percentuais da doença.
TC de tórax, sem contraste, alta resolução e janela para parênquima	TC de tórax, sem contraste, alta resolução e janela para parênquima	TC de tórax, sem contraste, alta resolução e janela para parênquima
Normal ou opacidades em vidro fosco com distribuição subpleural, periférica, de localização variável, difusa ou com discreta predominância nas bases pulmonares. Adenomegalia hilar ou mediastinal muito rara. Derrame pleural pouco frequente; se presente é pequeno ou moderado.	Opacidades em vidro fosco (VF) bilaterais, periféricas, multilobares, em qualquer segmento pulmonar. Opacidades em vidro fosco (VF) associadas a consolidação, ainda periféricas, espessamento de septo inter e intralobular, caracterizando o aspecto de pavimentação em mosaico irregular (PMI).	

TRATAMENTO			TRATAMENTO		
FASE 1	FASE 2A (SEM HIPÓXIA)	FASE 2B (COM HIPÓXIA)	A PARTIR DO 5º DIA	RECOMENDAÇÕES	A PARTIR DO 10º DIA
HIDROXICLOROQUINA (HCQ)	Primeiro dia – 800 mg como dose única à noite ou 400 mg via oral de 12/12 horas. Do segundo ao sétimo dia – 400mg via oral à noite. Tempo de uso de 5 a 10 dias.	Recomendamos ECG prévio. Considerar a mudança da dose em pacientes portadores de doenças crônicas hepáticas ou renais e em pacientes com maior risco de arritmias cardíacas. Primeiro dia – 200mg via oral de 12/12 horas. Do segundo ao décimo dia – 200mg via oral ao dia.	Primeiro dia – 800 mg como dose única à noite ou 400 mg via oral de 12/12 horas. Do segundo ao sétimo dia – 400mg via oral à noite. Tempo de uso de 5 a 10 dias.	Considerar a mudança da dose em pacientes portadores de doenças crônicas hepáticas ou renais e em pacientes com maior risco de arritmias cardíacas. Primeiro dia – 200mg via oral de 12/12 horas. Do segundo ao décimo dia – 200mg via oral ao dia.	Indicamos internamento hospitalar HIDROXICLOROQUINA Prime dose 1 via oral de 08:00 a 10:00 Tempo de uso de 5 a 10 dias.
Na indisponibilidade de Hidroxicloroquina Utilizar Cloroquina					
CLOROQUINA	Primeiro dia - 150mg - 03 comp via oral de 12/12 horas. Do Segundo ao Sétimo dia 150mg - 03 comp. de 24/24h Tempo de Uso - 05 a 10 dias	Dose máxima diária de Cloroquina base não deve exceder a 25mg/kg Evitar portadores de doenças cardíacas que propiciem eventuais arritmias.	CLOROQUINA Primeiro dia - 150mg - 03 comp via oral de 12/12 horas. Do Segundo ao Sétimo dia 150mg - 03 comp. de 24/24h Tempo de Uso - 05 a 10 dias	Dose máxima diária de Cloroquina base não deve exceder a 25mg/kg Evitar portadores de doenças cardíacas que propiciem eventuais arritmias.	CLOROQUINA Prim via o Do 5 a 150e Tem
Recomendamos ECG prévio especialmente no uso da combinação Hidroxicloroquina + Azitromicina em pacientes de risco.					
ZINCO (Sulfato de zinco)	100mg de 12 em 12 horas por 5 a 7 dias.	Manutenção de 50mg por dia durante 30 dias.	100mg de 12 em 12 horas por 5 a 7 dias	Manutenção de 50mg por dia durante 30 dias.	ZINCO (Sulfato de zinco) 100e 7 dia
ANTICOAGULANTE	Heparina de Baixo Peso Molecular: Enoxaparina 40mg - 1 injeção subcutânea de 12 em 12 horas durante 10 dias.	Indicação formal.			ANTICOAGULANTE Hep MoL Eno sub dur 10 dias
IVERMECTINA	Ivermectina 6mg durante três dias na seguinte dosagem: 2 cps até 60kg. 3 cps para indivíduos com peso entre 60 e 90kg. 4 cps acima de 90kg.	Não usar em crianças menores que 2 anos de idade e peso abaixo de 15 kg.	NTIBIÓTICOS Na suspeita de sobreinfecção: Cefidroxila 400mg/12h ou Cefuroxima 500mg/12h ou Ceftriaxona 2g/24h.	Alergia a betalactâmicos: Levofloxacino 500mg/dia/5d (no caso de utilizar levofloxacino, evitar azitromicina por possível aumento de QTc).	NTIBIÓTICOS Na 1 cps Cefl Cefl
ANTICOAGULANTE PROFILÁTICO	Heparina de Baixo Peso Molecular: Enoxaparina. Enoxaparina 40mg - 1 injeção subcutânea ao dia durante 10 dias.	Indicado para pacientes com maior risco de tromboembolismos (microtrombos na fase inflamatória), pacientes com trombofilia, anemia falciforme e outros casos.	CORTICOTERAPIA EM ALTA DOSE Metilprednisolona: 80mg EV durante 3 dias Metilprednisolona 80mg EV na unidade de saúde ambulatorial ou hospitalar e após a estabilização do paciente sem hipóxia, continuar com Prednisolona oral 60 a 100 mg durante 2 dias a mais.	Na impossibilidade do esquema hospitalar EV. Prednisolona oral 60 a 100 mg/dia, em dose única durante 3 dias.	CORTICOTERAPIA EM ALTA DOSE Me dur Me uni hor do cor 60

ÍNICO DA COVID 19 NA ATENÇÃO PR

Sintomas inespecíficos

- Temperatura maior ou igual a 37,8°C
- Tosse seca
- Anorexia
- Astenia
- Adinofagia
- Dor de cabeça persistente
- Diarreia
- Calafrios
- Mialgia - artralgia
- Pouca ou nenhuma secreção de vias aéreas superiores
- Rash cutâneo ou manifestações cutâneas inespecíficas
- Conjuntivite
- Outros sintomas gastrointestinais: náuseas, vômitos, dor abdominal.
- Hipotermia

Sintomas característicos com alta probabilidade diagnóstica

- Anosmia
- Ageusia
- Dificuldade respiratória
- Sensação de *belus* na garganta
- Peso ou opressão na região esternal
- Lesões vasculares nas extremidades

A combinação dos inespecíficos com um dos sintomas de alta probabilidade praticamente faz o diagnóstico clínico.
A presença dos sintomas inespecíficos com ou sem um dos sintomas de alta probabilidade em pessoa que teve contato com paciente positivo para COVID-19 ou que reside na mesma casa de paciente positivo para COVID-19 faz o diagnóstico clínico. Durante uma pandemia o diagnóstico clínico passa a ser o mais sensível.

Caso confirmado

Paciente com swab nasofaríngeo e/ou orofaríngeo positivo para pesquisa de SARS-CoV-2 por RT-PCR independentemente de sintomas clínicos.
Paciente com alta baseada em clínica e imagem radiológica característica com swab nasofaríngeo e/ou orofaríngeo negativo. O tratamento deve ser iniciado antes do resultado do teste que pode demorar ou ter sensibilidade baixa. Durante uma pandemia o diagnóstico clínico passa a ser o mais sensível.

FASE 2A	Diminuição da replicação viral e intensificação da resposta inflamatória. (sem hipóxia)	FASE 2B	Finalização da replicação viral com inflamação pulmonar e mediata. (com hipóxia)	FASE 3	Intensificação da resposta inflamatória e cascata de coagulação. (severidade)
Iniciação a partir do 5º dia e tratamento ambulatorial		Iniciação a partir do 7º dia e tratamento ambulatorial		A partir do 10º dia e tratamento obrigatoriamente hospitalar	
Formas de apresentação:	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tosse seca (sem dispneia) <input type="checkbox"/> Temperatura maior que 37,8°C <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Hipotermia <p>Saturação de O2 pelo oxímetro digital normal.</p>	<p>Formas de apresentação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Limitação física para as atividades normais <input type="checkbox"/> Aumento da frequência respiratória >24rpm (incursões por minuto) <input type="checkbox"/> Dispneia leve <input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca, taquicardia ou crises hipertensivas súbitas <input type="checkbox"/> Hipóxia (oxímetro digital). <p>Menor que 95 % para jovens. Menor que 93% para idosos.</p>	Formas de apresentação	<p>Síndrome Respiratória Aguda Grave. Insuficiência Cardíaca e Renal. Linfostiose hemofagocítica secundária (LHS). Hepatomegalia e Esplenomegalia. Aumento de linfócitos. Rash cutâneo (considerar o diagnóstico diferencial com arboviroses). Sepse. Sangramento anormal. Febre acima de 38,5° C. Complicações cardíacas (miocardite, infarto agudo do miocárdio). Choque. Microtrombose sistêmica. Alterações hematológicas tipo Tromboembolismo Pulmonar e Síndrome de Coagulação Intravascular Disseminada.</p>	
Exames laboratoriais:	<p>Linfopenia mais acentuada. Plaquetopenia discreta. Aumento progressivo de D-dímero e marcadores inflamatórios (PCR, VSH e outros). Aumento de transaminases.</p>	<p>Exames laboratoriais:</p> <p>Linfopenia maior. Plaquetopenia. Se importante e progressiva piora o prognóstico. Relação neutrófilos/ linfócitos: marcador de inflamação subclínica (normal : 0,78 a 3,53). A elevação se relaciona a pior prognóstico. Aumento de transaminases. Aumento moderado de CPK, DHL e PCR. Aumento progressivo de D-dímero e outros marcadores de inflamação. Aumento de fibrinogênio.</p>	Exames laboratoriais		
Exames laboratoriais adicionais:	<p>Aumento moderado de interleucina 6, procalcitonina e troponina. Saturação de O2 pelo oxímetro digital normal.</p>	Exames laboratoriais adicionais:			
Radiografia de tórax (sem sensível que a T.C.)	<p>O acometimento pulmonar é subestimado pela baixa sensibilidade. Os achados nessa fase incluem opacidades de espaço aéreo (alveolares) ou infiltrado alvéolo-intersticial, multilobares e bilaterais.</p>	Radiografia de tórax (sem sensível que a T.C.)			
TC de tórax, sem resolução e janela para parênquima	<p>Opacidades em vidro fosco (VF) bilaterais, periféricas, multilobares, em qualquer segmento pulmonar.</p> <p>Opacidades em vidro fosco (VF) associadas a consolidação, ainda periféricas, espessamento de septo inter e intralobular, caracterizando o aspecto de pavimentação em mosaico irregular (PMI).</p>	TC de tórax, sem resolução e janela para parênquima			

Proc. N° 2608
Fls. 07

Considerando a existência de um critério imprescindível que os sepses são uma síndrome do problema, não se trata de uma síndrome por si só (M...)
OMS/CDC/Yale/RC
A OMS não reconhece baseadas

Solicitar exames laboratoriais no consultório clínico, considerando o tempo de solicitação dos seguintes exames

- Hemograma
- Glicemia
- Creatina
- Uréia
- Gama GT
- Bilirrubinas

Atentar para possíveis agravações da doença

A critério clínico outros exames

Obs: (*)exames não realizados

TRATAMENTO			TRATAMENTO		
FASE 2A (SEM HIPÓXIA)	A PARTIR DO 5º DIA	RECOMENDAÇÕES	FASE 2B (COM HIPÓXIA)	A PARTIR DO 7º DIA	RECOMENDAÇÕES
HIPOCLOROQUINA	Primeiro dia - 800 mg como dose única à noite ou 400 mg via oral de 12/12 horas. Do segundo ao sétimo dia - 400mg via oral à noite. Tempo de uso de 5 a 10 dias.	Considerar a mudança da dose em pacientes portadores de doenças crônicas hepáticas ou renais e em pacientes com maior risco de arritmias cardíacas. Primeiro dia - 200mg via oral de 12/12 horas. Do segundo ao décimo dia - 200mg via oral ao dia.	Indicamos internamento hospitalar e tratamento ambulatorial na impossibilidade de fazer.	HIPOCLOROQUINA	Primeiro dia - 800 mg como dose única à noite ou 400 mg via oral de 12/12 horas. Do segundo ao sétimo dia - 400mg via oral à noite. Tempo de uso de 5 a 10 dias.
DIAGNÓSTICO	Azitromicina - 1 cp de 500mg diariamente por 5 dias, de manhã (não associar com a HCQ).	Evitar uso com Taxa de Filtração Glomerular abaixo de 10 mg/dL. Não administrar com Amiodarona e Sotalol. Pode aumentar níveis de Digoxina.	Na indisponibilidade de Hidroxicloroquina	CLOROQUINA	Primeiro dia - 150mg - 03 comp. via oral de 12/12 horas. Do Segundo ao Sétimo dia 150mg - 03 comp. de 24/24h. Tempo de Uso - 05 a 10 dias.
Indisponibilidade de Hidroxicloroquina	Utilizar Cloroquina			AZITROMICINA	Azitromicina - 1 cp de 500mg diariamente por 5 dias, de manhã (não associar com a HCQ).
HIPOCLOROQUINA	Primeiro dia - 150mg - 03 comp. via oral de 12/12 horas. Do Segundo ao Sétimo dia 150mg - 03 comp. de 24/24h. Tempo de Uso - 05 a 10 dias.	Dose máxima diária de Cloroquina base não deve exceder a 25mg/kg. Evitar portadores de doenças cardíacas que propiciem eventuais arritmicos.		ZINCO (Sulfato de zinco)	100mg de 12 em 12 horas por dia durante 7 dias.
				ANTICOAGULANTE	Heparina de Baixo Peso Molecular: Enoxaparina Enoxaparina 40mg - 1 injeção subcutânea de 12 em 12 horas durante 10 dias.
				NTIBIÓTICOS	Na suspeita de sobreinfecção: Ceftriaxona 400mg/12h ou Cefuroxima 500mg/12h ou Ceftriaxona 2g/24h.
				CORTICOTERAPIA EM ALTA DOSE	Metilprednisolona: 80mg EV durante 3 dias. Metilprednisolona 80mg EV na unidade de saúde ambulatorial ou hospitalar e após a estabilização do paciente sem hipoxia, continuar com Prednisolona oral 60 a 100 mg durante 2 dias a mais.

ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Proc. N° 2608
 Fls. 08
 dx

Sintomas de alta probabilidade diagnóstica

- Sensação de *bolus* na garganta
- Peso ou opressão na região esternal
- Lesões vasculares nas extremidades

Um dos sintomas de alta probabilidade praticamente faz o diagnóstico clínico.

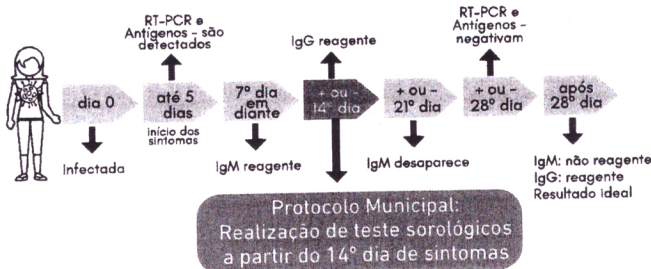
Um ou sem um dos sintomas de alta probabilidade em pessoa que teve contato com alguém que reside na mesma casa de paciente positivo para COVID-19 faz o diagnóstico clínico passar a ser o mais sensível.

Um teste positivo para pesquisa de SARS-COV-2 por RT-PCR independentemente de sinais clínicos.

Um resultado biológico característico com swab nasofaríngeo e/ou orofaríngeo negativo e resultado do teste que pode demorar ou ter sensibilidade baixa. Durante uma crise aguda.

MARCADORES SOROLÓGICOS PARA COVID 19

A decisão conforme o tempo provável de infecção/sintomas:



*Fluxograma não taxativo - sintomas e aparecimento de anticorpos são variáveis - necessário analisar cada caso individualmente.

FASE 3

Intensificação da resposta inflamatória e cascata da coagulação. Hiperinflamatória

A partir do 10º dia e tratamento obrigatoriamente hospitalar

Formas de apresentação	Síndrome Respiratória Aguda Grave. Insuficiência Cardíaca e Renal. Unifolicitose hemofagocítica secundária (LHS). Hepatomegalia e Esplenomegalia. Aumento de linfonodos. A rash cutâneo (considerar o diagnóstico diferencial com arboviroses). Sepsis. Sangramento anormal. Febre acima de 38,5º C. Complicações cardíacas (miocardite, infarto agudo do miocárdio). Choque. Microtrombose sistêmica. Alterações hematológicas tipo Tromboembolismo Pulmonar e Síndrome de Coagulação Intravascular Disseminada.
------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Interpretação de exame de COVID-19

PCR+ IgM- IgG-	→	Janela imunológica
PCR+ IgM+ IgG-	→	Fase inicial
PCR+ IgM+ IgG+	→	Fase ativa
PCR+ IgM- IgG+	→	Fase tardia
PCR- IgM+ IgG-	→	Fase inicial / PCR (falso)
PCR- IgM- IgG+	→	Infecção passada
PCR- IgM+ IgG+	→	Recuperação ou PCR (falso)

Considerando a existência de fase de transmissão comunitária da COVID-19, imprescindível que os serviços de APS/ESF trabalhem com abordagem sintomática do problema, não exigindo mais a identificação do fator etiológico por meio do exame específico.
 (Ministério da Saúde 2020)

OMS/CDC/Yale/RCPA não recomendam testes sorológicos para diagnósticos

A OMS não recomenda a tomada de decisões clínicas baseadas somente em testes sorológicos

Solicitar exames laboratoriais no ato do primeiro atendimento e repetir exames a critério clínico, considerando o tempo de evolução da doença nas diferentes fases. Sugere-se a solicitação dos seguintes exames:

- | | | |
|----------------|--------------------|-------------------|
| • Hemograma | • Total e Frações | • Raio X de Tórax |
| • Glicemia | • PCR Quantitativo | • TGO |
| • Creatina | • TTPa | • TGP |
| • Uréia | • TAP | • ECG/Telecardio |
| • Gama GT | • VHS | • TC de Tórax* |
| • Bilirrubinas | • LDH | • D-dímero* |

Atentar para possíveis agravações clínicas e laboratoriais entre 7º e o 10º dia de evolução da doença

A critério clínico outros exames podem ser solicitados além dos mencionados acima.

Obs: (*)exames não realizados a nível municipal, resultados disponíveis entre 5 a 7 dias após solicitação.



MONTANHA
PREFEITURA



Despacho

Ao Setor de Contabilidade para verificar a existência de dotação orçamentária para atender a aquisição de material, requerido pela coordenadora do Fundo Municipal de Saúde, e, em caso positivo, encaminhe-se o presente processo ao Setor de Compras para iniciar o procedimento de **pesquisa de preços**.

Montanha, 10 de Junho de 2020.

LEILA MACHADO CARVALHO BALTAR RODRIGUES
Gestora do Fundo Municipal de Saúde

A/C: Secretaria de Saúde de Montanha ES

PROPOSTA COMERCIAL

Prezados Senhores,

A Riomar Trading Ltda, declara plena capacidade de fornecer os produtos abaixo listados na quantidade e pelo preço conforme especificado nos termos e condições a seguir:

ITEM	QTD.	UND	DESCRIÇÃO	MARCA	PREÇO UNITÁRIO	PREÇO TOTAL
1	225	TESTE	Teste rápido para detecção qualitativa específica de IgG e IgM do COVID-19. Teste rápido, através da metodologia de imunocromatografia, destinado a detecção qualitativa específica de IgG e IgM do COVID-19, podendo ser utilizado em amostras de sangue total, soro e plasma.	LEPU	R\$ 130,00	R\$ 29.250,00

1. Forma de pagamento: 100% (cem por cento) à vista.
2. Estão inclusos no preço todos os encargos tributários, trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, assim como fretes, seguros e embalagens.
3. Prazo de validade da proposta: 60 (sessenta) dias.
4. Prazo de entrega da mercadoria: 15 (quinze) dias.

Descrição do Vendedor

1. RIOMAR TRADING LTDA, com sede na Av. Nobrega Ribeiro, nº 11, parte - Centro - Rio de Janeiro/RJ, CEP 25.250-050, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 23.093.434/0001-89.
2. Representante: Sr. Altair da Silva Tardym.
3. Contatos: email - comercial@riomartrading.com.br telefone: 055-27-3061-2642/ 55-27-99249-2642.

Dados Bancários

Banco: BANCO DO BRASIL (001)

Agência: 4559-4

Conta: 14.724-9

Titular: RIOMAR TRADING LTDA

CNPJ: 23.093.434/0001-89

Rio de Janeiro/RJ, 21 de maio de 2020.



Altair da Silva Tardym
CPF: 045.630.527-01
Riomar Trading Ltda

Recebido via e-mail
22 / 05 / 2020
[Handwritten signature]

www.riomartrading.com.br

Matriz: Av. Nobrega Ribeiro, 11 2º andar SL 2 – Duque de Caxias/RJ CEP 25.250-050 Tel 021 3658 8741

Filial 01: Rua Brao de Penedo, 187 Sala 1104, Centro – Maceio/AL CEP 57.020-340 Tel

Filial 02: Rua Alfredo Merlo, 418 Loja 01 – Rio Marinho, Vila Velha/ES CEP 29.112-360 Tel 027 3061 2642

Florianópolis, 27 de maio de 2020.

A Secretária de Saúde de Montanha

Teste rápido Corona Virus
Valor unitário: R\$105,97
Caixa com 20 unidades: R\$2.119,40 caixa
Quantidade: 1.000
Valor total: R\$105.970,00
Marca: Lepu Medical

DADOS DA PROPOSTA:

Prazo de entrega: até 15 de junho (chegada da importação)
Condições de pagamento: á vista
Validade da proposta: 7 dias

Recebido via e-mail
24.05.2020
[Signature]



www.opemed.com.br

Proc. N° 2608
Fls. 12

Opemed Matetriaais Hospitalares EIRELI-ME

CNPJ: 26.897.296/0001-89

Endereço: Rua Joaquim Carneiro, 120/209 – Bairro: Capoeiras – Cep: 88085-120 – Florianópolis/SC

Telefone: (48) 9 9982-2168 Whatsapp

E-mail: kellen@opemed e virginio@opemed.com.br

DADOS BANCÁRIOS:

Banco do Brasil

Número do banco: 001

Agência: 3047-3

Conta corrente: 24.238-1

Kellen Soares Landell

RESPONSÁVEL LEGAL

KELLEN SOARES LANDELL

26.897.296/0001 - 98
OPEMED MATERIAS
HOSPITALARES EIRELI - ME
Rua Joaquim Carneiro, 120
Capoeiras - 88085-120
Florianópolis - SC

À

SECRETARIA MUNICIPAL DE MONTANHA

DEPARTAMENTO DE COMPRAS/LICITAÇÕES

REF: ORÇAMENTO PARA PROCESSO LICITATÓRIO

LOTE 05						
ITEM	QUANT.	UND.	DESCRIÇÃO	MARCA	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
1	40	CX	ONE STEP COVID-2019 TEST DETECÇÃO DE POSITIVO OU NEGATIVO CAIXA COM 20 TESTES.	ANALISA	2.700,00	R\$ 108.000,00
VALOR TOTAL						R\$ 108.000,00

FATURAMENTO MÍNIMO: R\$ 400,00 (QUATROCENTOS REAIS).**VALIDADE DO ORÇAMENTO:** 30 dias**CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:** A Vista (ANTECIPADO)**PRAZO DE ENTREGA:** ATÉ 05 (DIAS) APÓS A EMISSÃO E ENTREGA DO EMPENHO.**IMPOSTOS/FRETES:** INCLUSOS**DADOS DA EMPRESA:**

LABSHOPPING DIAGNÓSTICA LTDA

RUA CASTIGLIANO N: 181 BAIRRO: PADRE EUSTÁQUIO


CNPJ: 22.536.130/0001-86 – INSC. EST: 062.508.344.00-40

TEL: (31) 2128-9100


licitacao@labshopping.com.br**DADOS BANCÁRIOS:**

Banco do Brasil S/A - C/C: 760.630-3 - AG: 3394-4

Belo Horizonte, 26 de Maio de 2020.

**Lab Shopping Diagnóstica Ltda**

Assinatura e carimbo do responsável

Recebido via e-mail
26/05/2020


Assunto: **CGTAÇÃO COVID-19**
De: <administrativo@labshopping.com.br>
Para: <saude@montanha.es.gov.br>
Data: 26/05/2020 13:54



- COMPRA DIRETA 26052020.xlsx.pdf (~85 KB)
- INSTRUCOES-DE-USO - 1 de 1 (3).pdf (~352 KB)

Proc. Nº 2608
Fls. 14
✕

Monalisa,

Conforme solicitado encaminho em anexo a cotação. Qualquer dúvida ou esclarecimento gentileza entrar em contato.

Atenciosamente,



Josilene M. Sukkar
Analista de Licitações e Contratos
Lab Shopping Diagnóstica
Telefax: (31) 2128-9100
licitacao@labshopping.com.br





COTAÇÃO

Proc. N° 2608
Fls. 15
A

À Secretaria de Saúde de Montana

Att.: Setor de Compras

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	Teste Covid-19 (cx. com 10 uni.)	Unid	800	135,00	R\$ 108.000,00
					R\$ -
					R\$ -
VALOR TOTAL DA PROPOSTA					R\$ 108.000,00

Valor por

Extenso: (cento e oito mil reais)

Data: 27/05/2020

Prazo de

Validade da 10 dias

Proposta:

Forma

Pagamento À Vista (Boleto ou Depósito Bancário)

Razão Social BEM ESTAR LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS E MATERIAIS PARA SAÚDE EIRELI-ME

CNPJ: 08.299.803/0001-09

Endereço: Rua Manoel Correia, 906, Bairro Vila das Palmeiras, São Paulo/SP. CEP.02728-050

Telefones: (11) 99221-4084 - Luciano

Luciano Souza

Representante Comercial



11 9-99221-408

Recebido via e-mail
28 / 05 / 2020
[Handwritten signature]

CARTA DE INTENÇÃO DE COMPRA

Proc. Nº 2608
Fls. 16

Cidade, 26 de MAIO de 2020

Representante Comercial: Mauricio Maia

CPF: 563.593.576-15

Endereço: _____

OBJETO: CARTA DE INTENÇÃO DE COMPRA

Prezados LEMON BRASIL,

Temos a intenção de adquirir os produtos para combate ao COVID19, conforme descrição abaixo:

Produto	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
Teste Rápido	600	121,80	73.080,00
Máscara 03 camadas	20000	3,45	69.000,00
Máscara KN95	1000	14,30	14.300,00

Estou ciente de que:

- Toda a mercadoria deve ser retirada, cabendo a mim a responsabilidade pela contratação do frete.
- A importação dos produtos tem o prazo médio de entrega de 15 a 25 dias após o embarque que são feitos semanalmente. PARA ESTA NEGOCIAÇÃO A DATA CONFIRMADA É 02/06/22 E PODE SOFRE VARIAÇÃO DE +/- 4 DIAS.
- O pagamento deve ocorrer 50% no ato do pedido submetido à LEMON BRASIL e 50% no momento do faturamento / entrega.
- Para os casos de pronta entrega é sabido que o volume de produtos em estoque é rotativo, garantido ao cliente somente na efetivação do pedido à LEMON BRASIL e pagamento do valor integral do produto.

Este documento é uma carta de intenção de compra estabelecida entre o cliente e o representante comercial e não caracteriza uma reserva de produto e/ou condição de preço e/ou condição de pagamento por parte da LEMON BRASIL.

Atenciosamente,

Empresa: Fundo Municipal de Saúde- Montanha-ES

CNPJ 14.829.921/0001-18

Representante: Monalisa Miranda

Cargo: Coordenadora do fundo Municipal de Saúde

Telefone: (27) 99637-7688

E-mail: Saude@montanha.es.gov.br

Assinatura

Carimbo da empresa (Razão social + CNPJ)

Recebido via e-mail
26/05/2020
[Assinatura]

Assunto:

**ENC: TESTE RÁPIDO pro COVID-19 – SARS-COV-2
Antibody Test**

De: Mauricio Maia <mauricio@allrepresentacoes.com.br>

Para: <saude@montanha.es.gov.br>

Data: 26/05/2020 15:25



**MONTANHA
PREFEITURA**

Proc. N° 2608

Fis. 17

ca

- contigencia 03.xlsx (~15 KB)
- 20.05.1- contigencia 03 MONTANHA.xlsx (~15 KB)
- 20.05.1- LEMON BRASIL - Carta de Intencao de Compra MONTANHA - ES.docx (~20 KB)
- 20.05.1- TESTE COVID-19_apresentacao - 2020.05.26.pdf (~3.9 MB)

Boa tarde, Sra Monalisa Miranda!

Segue em anexo planilha (Contigencia 03) preços

Na cotação em anexo (Contingencia 3) com preços dos produtos solicitados e uma carta de intenção de compras com preços do TESTE RÁPIDO SARS COV-2 Antibody.

Temos todos os produtos para entrega imediato.

Segue também nova apresentação do KIT TESTE SARS COV-2 mais detalhada.

Caso tenha alguma dúvida, favor me contatar.

**Atenciosamente,
Mauricio Maia,
(27) 99637-7688**

De: Sec. Saúde de Montanha / Setor de Compras [mailto:saude@montanha.es.gov.br]

Enviada em: terça-feira, 26 de maio de 2020 08:10

Para: Mauricio Maia

Assunto: Re: TESTE RÁPIDO pro COVID-19 – SARS-COV-2 Antibody Test

Bom dia, Mauricio!!

Favor enviar orçamento referente a quantidade de 30 caixas de testes rápido e responder orçamento

em anexo, referente aos itens disponíveis na sua empresa.

Att.:

Monalisa Miranda
Coord. Fundo Municipal de Saúde

Em 25/05/2020 17:58, Mauricio Maia escreveu:

ATT: Setor de Compras – Secretária de Saúde Montanha
Boa tarde, Sra Leila Machado C. B. Rodrigues!

Me chamo **Mauricio Maia**, sou representante de vendas no ES.

Atualmente represento uma empresa Importadora, que entre os produtos de seu portfólio, está importando **TESTE RÁPIDO pro COVID-19 / SARS-COV-2 Antibody Test**, (resultado entre 1 e 15 minutos)

Os produtos são importados da CHINA (o mesmo que a maioria dos Governos Estaduais e Municipais) estão usando pra testar a população.

Proc. Nº 2608
Fls. 18
✕

Informo que o produto **é HOMOLOGADO pela ANVISA, bem como o importador.**

Segue para sua avaliação, um apresentação do TESTE SARS COV-2 e dos demais produtos (Máscara e Álcool Gel).

Como se trata de importação direta, os preços são bastante agressivos.

Brevemente teremos também MÁSCARA 3 camadas e TERMÔMETRO (Infra vermelho).

Caso tenha alguma dúvida ou queira conhecer a comercialização, como preços, prazo de entrega, logística (transporte), favor me contatar.

Favor confirmar o recebimento desse e-mail.

Atenciosamente,
Mauricio Maia,
(27) 99637-7688 Watsap
(27) 3340-0606



DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES



À Prefeitura Municipal de Montanha/ES

COTAÇÃO

Item	Qtde	Descrição	Valor unitário	Valor total
001	400 Unid	TESTE RAPIDO 2019-nCoV IgM/IgG (OURO COLOIDAL) (25 x 1 cartão de teste; 1 x 2,5 mL de diluente de amostra). MARCA: GENRUI RMS: 80207450020 APRESENTAÇÃO: CX C/ 25 TESTES	R\$ 100,00	R\$ 40.000,00
Valor Total R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais).				

RAZÃO SOCIAL: 1000MEDIC DISTRIB. IMPORTADORA EXPORTADORA DE MEDICAMENTOS LTDA.

ENDEREÇO: RUA LÍDIO OLTRAMARI, 1.796.

BAIRRO: FRARON CEP: 85.503.381 FONE/FAX: (46)3224-7700

MUNICÍPIO: PATO BRANCO ESTADO: PARANÁ

CNPJ: 05.993.698/0001-07 INSC. ESTADUAL: 90299584-64

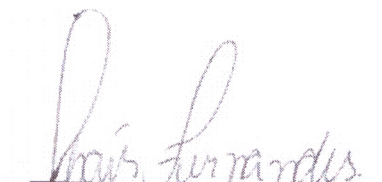
PRAZO DE ENTREGA: IMEDIATO

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS

DADOS BANCÁRIOS: BANCO DO BRASIL: AG 0495-2 CC 30208-2

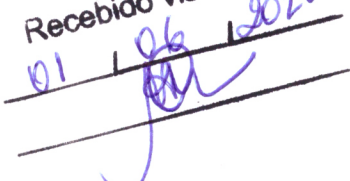
VALIDADE DA PROPOSTA: 60 DIAS.

Pato Branco, 29 de Maio de 2020.


Thais Fernandes
1000Medic Distribuidora

05.993.698/0001-07
1000MEDIC DISTRIBUIDORA IMP. EXP.
DE MEDICAMENTOS LTDA
RUA LÍDIO OLTRAMARI, 1796
FRARON - CEP 85.503-381
PATO BRANCO - PR

Thais Fernandes
1000Medic
licitacao@1000medic.com.br

Recebido via e-mail
01 / 06 / 2020


Prefeitura Municipal de Montanha

Cotação de Preços

DADOS CADASTRAIS:

MEDLEVENSOHN COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA.
Rua Dois, s/n, Quadra 008, Lote 008, Civit 1, Serra — ES - CEP 29.168-030
CNPJ. N° 05.343.029/0001-90 NIRE 32201720961
INSC. EST. N° 082.992.44-4 Inscrição Municipal: 4660633

FAVOR ENVIAR OS DOCUMENTOS REFERENTES A ESTE PROCESSO PARA NOSSA SEDE ADMINISTRATIVA:
RUA DO MERCADO N° 11 24º ANDAR – PRAÇA XV – RIO DE JANEIRO, CEP: 20010-120

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	REGISTRO NA ANVISA	MARCA / FABRICANTE	QUANT	UND	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	MedTeste Coronavírus (COVID-19) IGG/IGM (TESTE RÁPIDO) Detecção qualitativa dos anticorpos IgG e IgM contra o Coronavírus. Resultados em 10 minutos. Sensibilidade: 97,4% (IgG) e 86,8% (IgM) Especificidade: 99,3% (IgG) e 98,6% (IgM) Precisão: 98,9% (IgG) e 96,1% (IgM)	80560310056	MedTeste / Hangzhou Biotest Biotech Co., Ltd. - CHINA REPÚBLICA POPULAR	500	unidade	R\$ 99,00	R\$ 49.500,00
VALOR TOTAL DA PROPOSTA:							R\$ 49.500,00

- Validade da proposta: 60 (sessenta) dia;
- Prazo de entrega: Imediata;
- Local de entrega: à combinar;
- Informamos que nos preços propostos estão incluídos todos os custos, fretes, impostos, obrigações, entre outros;
- Dados bancários: BANCO DO BRASIL – AG: 3455-X CONTA CORRENTE: 117215-8;
- Condições de pagamento: nota empenho.

Serra/ES, 10 de junho de 2020.

Rônika Vianna Villaca Szuster

MEDLEVENSOHN COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES
DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
V: RÔNICA VIANNA VILLAÇA SZUSTER
SÓCIA ADMINISTRADORA
RG: 24.834.394-9
CPF: 266.539.151-15

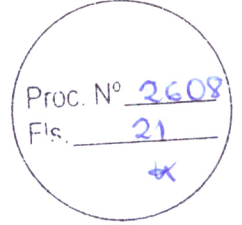
05.343.029/0001-90
MEDLEVENSOHN COMÉRCIO E
REPRESENTAÇÕES DE PRODUTOS
HOSPITALARES LTDA
Rua Dois, S/N, Quadra 008 Lote 008
Bairro/ Distrito: CIVIT I - CEP: 29.168-030
SERRA - ES


De: Fundo Municipal de Saúde
Setor: Teste Rápido covid-19

Montanha-ES, 10/06/2020

ÍTEM	ESPECIFICAÇÕES	EMPRESAS										
		Riomar Trading Ltda			Opemed Materiais Hospitalares Eireli - ME			Lab Shopping			Valor Und	VI total
		UNID.	QUANT.	VR TOTAL	VR UNIT.	VR TOTAL	VR UNIT.	VR TOTAL	VR UNIT.	VR TOTAL		
1	PRODUTOS / SERVIÇOS Teste Rápido de Coronavírus (covid-19) IGG/IGM	UNID.	500	R\$ 130,00	R\$ 65.000,00	R\$ 105,97	R\$ 52.985,00	R\$ 135,00	R\$ 67.500,00	R\$ 135,00	R\$ 67.500,00	R\$ 67.500,00
3												

ÍTEM	ESPECIFICAÇÕES	Valor Und	VI total
1	MEDLEVENSOHN COMERCIO E REPRESEBTações DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA / CNPJ: 05.343.029/0001-90		R\$ 49.500,00
3			




Monalisa Lopes Miranda
CPF: 004.919.055-56
Coord. Fundo Municipal de Saúde

De: Fundo Municipal de Saúde
 Setor: Teste Rapido Covid-19

Montanha - ES, 10/06/2020

EMPRESAS					
Lemon Brasil		1000Medic Distribuidora Imp. Exp. De Medicamentos Ltda		MedLevensohn Comercio e Representações	
valor Unit.	valor Global	VISTA	PRAZO	VISTA	PRAZO
R\$ 121,80	R\$ 60.900,00	R\$ 100,00	R\$ 50.000,00	R\$ 99,00	R\$ 49.500,00
	R\$ 60.900,00		R\$ 50.000,00		R\$ 49.500,00

Monalisa Lopes Miranda
 CPF: 004.919.055-36
 Coord. Fundo Municipal de Saúde

Proc. Nº 2608
 Fls. 22



MONTANHA PREFEITURA

Proc. Nº 2608

Fls. 23


Montanha – ES, 10 de Junho de 2020.

Do: Setor de Contabilidade
Ao: Gestor (a)

Assunto: Dotação Orçamentária.

Atendendo solicitação de V. S. informo a dotação orçamentária para a aquisição de material é seguinte: 080002.3.3.90.30.1030100132.053/Ficha24.

Atenciosamente,


Maurício André Oliveira Santos
Técnico Contábil
CRC-ES-013521/0-5



MONTANHA
PREFEITURA

Proc. Nº 2608

Fls. 21

✓

Despacho

Autorizo a aquisição de material, requerido pela coordenadora do Fundo Municipal de Saúde, constante desse processo de nº 2608/2020.

Montanha, 10 de Junho de 2020.

LEILA MACHADO CARVALHO BALTAR RODRIGUES

Gestora do Fundo Municipal de Saúde



MUNICIPIO DE MONTANHA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
ESPIRITO SANTO
14.829.961/0001-18
NOTA DE EMPENHO Nº 0001205/2020

Proc. Nº 2608
Fls. 25

O ordenamento da Despesa, para efeito de execução orçamentária nos termos da legislação vigente, determina que seja empenhada, neste exercício, a importância a seguir especificada.

Exercício : 2020
Ficha : 0000024
Processo : 0002608/2020
Despesa:

Tipo: Ordinário
Data : 10/06/2020
Valor : 49.500,00

Órgão : 080 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade Orçamentária : 002 - ATENÇÃO BÁSICA
Função : 10 - Saúde
Subfunção : 301 - Atenção Básica
Programa : 0013 - ATENÇÃO A SAÚDE
Projeto/Atividade : 2.053 - Manutenção das Atividades do Fundo Municipal de Saúde
Elemento de Despesa : 33903000000 - MATERIAL DE CONSUMO
Fonte de Recurso : 12140000000 - TRANSFERÊNCIAS FUNDO A FUNDO DE RECURSOS DO SUS PROVENIENTES DO GOVERNO FEDER

Favorecido : 8663 - MEDLEVENSOHN COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES DE PRODUTO: CNPJ/CPF : 05.343.029/0001-90
Bairro : CIVITI I Cidade : MONTANHA
Endereço : R DOIS S/N SALA I, TÉRREO, QUADRA 008/ LOTE 008 UF : ESPIRITO SANTO
Telefone Fixo: 2735571500 Celular: PIS PASEP :

Histórico : Contratação de empresa para fornecimento de materiais TESTE CORONA VIRUSCOVID 19 (teste rápido) para este Município

Subelemento: 33903099000 - OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO

Saldo Anterior	58.913,61	Despesa Empenhada	49.500,00	Saldo Disponível	9.413,61
----------------	-----------	-------------------	-----------	------------------	----------

(quarenta e nove mil quinhentos reais)

Dispensa/Inexigibilidade : 02 - ARTIGO 24 INCISO 02 LEI FEDERA Número Proc. Dispensa/Inexigibilidade :

Centro de Custo	
Código	Nome
938	COVID - 19
Total	

LANÇAMENTO

Nº	Débito	Valor	Crédito	Valor
Empenho - Emissão de Empenho - Outras Despesas Correntes				
O 1	522920101000 - EMISSAO DE EMPENHOS	49.500,00	622130100000 - CREDITO EMPENHADO A LIQUIDAR	49.500,00
O 1	622110000000 - CRÉDITO DISPONÍVEL	49.500,00	622920101000 - EMPENHOS A LIQUIDAR	49.500,00
C 1	821110100000 - RECURSOS DISPONÍVEIS PARA O EXER	49.500,00	821120100000 - DISPONIBILIDADE POR DESTINAÇÃO DE	49.500,00
C 1	822110101000 - PROGRAMAÇÃO DE DESEMBOLSO MEN	49.500,00	822110102000 - PROGRAMAÇÃO DE DESEMBOLSO MEN	49.500,00

Local/Data/Assinaturas

MONTANHA, 10 de junho de 2020

Maurício Andre Oliveira Santos
Técnico Contabil - CRC - ES- 013521/O-5

Leila M C Baltar Rodrigues
Gestor do Fundo M. de Saúde

Proc. N° 2608
Fis. 26
H

Secretaria de Saúde de Montanha

Montanha, 18 de Junho de 2020

SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO DE NOTA FISCAL

Venho por meio deste, solicitar o PAGAMENTO da empresa MEDLECENSOHN COM REPRES PROD HOSP LTDA, CNPJ nº 05.343.029/0001-90 referente ao fornecimento de teste rápido da COVI-19 para serem realizados na população e nos profissionais da saúde . Pontuo que o recurso utilizado será com o da **Recurso SUS / COVID -19**

NF: 57.374

Valor:49.500,00

Data: 10/06/2020

Caixa Economica

Conta: 26/9

Orçamentos estão presentes em anexo.


Monalisa Mendes Miranda
CPF: 004.919.055-56
Coord. Fundo Municipal de Saúde

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

MEDLEVEN SOHN COM REPRES PROD HOSP LTDA
 RUA DOIS -, SN - QUADRA 008 LOTE 008
 CIVIT I - 29168-030
 SERRA - ES Fone/Fax: 2733380756

DANFE
 Documento Auxiliar da Nota
 Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA

1

Nº. 000.057.374
 Série 001
 Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3220 0605 3430 2900 0190 5500 1000 0573 7412 2110 1281

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

332200030237386 - 10/06/2020 15:05:20

INSCRIÇÃO ESTADUAL

082992444

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

05.343.029/0001-90

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE MONTANHA

CNPJ / CPF

14.829.961/0001-18

DATA DA EMISSÃO

10/06/2020

ENDEREÇO

AVENIDA DOS COMBONIANOS, 1350 - ANEXO SECRET SAUDE

BAIRRO / DISTRITO

IRMA MARIA ZELIA PRUDENTE

CEP

29890-000

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

10/06/2020

MUNICÍPIO

MONTANHA

UF FONE / FAX

ES 2737541972

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

15:04:00

FATURA / DUPLICATA

Num. 001
 Venc. 10/07/2020
 Valor R\$ 49.500,00

Proc. Nº 2608
 Fls. 27

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	VALOR DO FCP	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
49.500,00	8.415,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.039,50	49.500,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	VALOR DA COFINS	V. TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20.141,55	4.900,50	49.500,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

PHD TRANSP CARGAS AEREAS E RODOV LTDA

FRETE POR CONTA

(0) Emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

17.422.562/0001-26

ENDEREÇO

RUA ATALYDES MOREIRA DE SOUZA, 964 - GALPAO 01, QD A,LT 10

MUNICÍPIO

SERRA

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

082929440

QUANTIDADE

1

ESPÉCIE

VOLUME(S)

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

5,200

PESO LÍQUIDO

4,400

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
5506	MEDTESTE TESTE RAPIDO ACOND EM CX C/25 TESTES IGG/IGM COVID 19 REF INGM-MC42 LOTE: COV20050008 QTDE: 20 30/05/2022 VAL APROX TRIBUTOS R\$ 20141,55 (40.69%) FONTE: IBPT	30021590	600	5102	UN	20,0000	2.475,0000	49.500,00	49.500,00	8.415,00	0,00	17,00	0,00

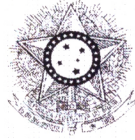
Declaro que o material foi recebido e achado conforme

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: PEDIDO:47887 PED. CLIENTE:1205/2020 FORMA DE PGTO:CARTEIRA VAL APROX TRIBUTOS R\$20141,55 (40.69%) FONTE IBPT(LE) LOCAL DE ENTREGA:(RP) CARO CLIENTE, CONFIRA SUA MERCADORIA NO ATO DA ENTREGA, POIS NAO ACEITAMOS RECLAMACOES POSTERIORESBANCO DO BRASIL - AG 3455-X - C/ 117215-8|EMPENHO 1205/2020 Pedido: 1205/2020 Email do Destinatário: saude@montanha.es.gov.br Valor Aproximado dos Tributos : R\$ 20.141,55

RESERVADO AO FISCO



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: MEDLEVENSOHN COMERCIO E REPRESENTACOES DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA (MATRIZ E FILIAIS)
CNPJ: 05.343.029/0001-90
Certidão nº: 10006215/2020
Expedição: 27/04/2020, às 22:42:40
Validade: 23/10/2020 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **MEDLEVENSOHN COMERCIO E REPRESENTACOES DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **05.343.029/0001-90**, **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.



PREFEITURA DA SERRA
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

29176-439 - R MAESTRO ANTÔNIO CÍCERO, 111 CAÇAROCA SERRA ES

Proc. Nº 2608
Fls. 29
ex

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Número 11074240/2020

Data Geração: 13/03/2020

Data Validade: 12/07/2020

Certificamos que não constam em nome do sujeito passivo identificado, nesta data, débitos com a Fazenda Pública Municipal, ressalvando o direito do município de cobrar quaisquer débitos que vierem a ser conhecidos e apurados após a expedição desta certidão.

Identificação

CCM 4660633

Contribuinte MEDLEVENSOHN COMERCIO E REPRESENTACOES DE PRODUTOS

CNPJ / CPF 05.343.029/0001-90

IE / RG

Endereço R DOIS, 0 QUADRA 008 LOTE 008

Bairro CIVIT I Cidade: SERRA Estado: ES

Atividade

Endereço Entrega R DOIS, 0 QUADRA 008 LOTE 008

Data Emissão: 27/04/2020

Tanto a veracidade da informação quanto a manutenção da condição de não devedor poderá ser verificada na seguinte página da Internet:

<http://www.serra.es.gov.br>

Número: 11074240/2020

Inscrição: 4660633

ATENÇÃO: Qualquer rasura ou emenda **INVALIDARÁ**

Vencimento prorrogado, conforme Art. 4º do Decreto 5921/2020

Certidão Emitida Gratuitamente

Proc. Nº 2608
Fis. 30
✕

Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 05.343.029/0001-90

Razão Social: MEDLEVENSOHN COM E REPRES DE PROD HOSPITALARES LTDA

Endereço: R DOIS SN QUADRA 008 LOTE 008 / CIVIT I / SERRA / ES / 29168-030

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: 11/03/2020 a 08/07/2020

Certificação Número: 2020031103030062026625

Informação obtida em 30/03/2020 10:11:40

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:
www.caixa.gov.br



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

Proc. Nº 2608
Fls. 31
✕

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 05.343.029/0001-90 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 25/09/2002
-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	--------------------------------

NOME EMPRESARIAL
MEDLEVENSOHN COMERCIO E REPRESENTACOES DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) MEDLEVENSOHN	PORTE DEMAIS
--------------------------------------------------------------	-----------------

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
46.45-1-01 - Comércio atacadista de instrumentos e materiais para uso médico, cirúrgico, hospitalar e de laboratórios

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS

- 33.14-7-02 - Manutenção e reparação de equipamentos hidráulicos e pneumáticos, exceto válvulas
- 46.18-4-02 - Representantes comerciais e agentes do comércio de instrumentos e materiais odonto-médico-hospitalares
- 46.37-1-99 - Comércio atacadista especializado em outros produtos alimentícios não especificados anteriormente
- 46.43-5-01 - Comércio atacadista de calçados
- 46.44-3-01 - Comércio atacadista de medicamentos e drogas de uso humano
- 46.44-3-02 - Comércio atacadista de medicamentos e drogas de uso veterinário
- 46.46-0-01 - Comércio atacadista de cosméticos e produtos de perfumaria
- 46.46-0-02 - Comércio atacadista de produtos de higiene pessoal
- 46.49-4-08 - Comércio atacadista de produtos de higiene, limpeza e conservação domiciliar
- 46.49-4-99 - Comércio atacadista de outros equipamentos e artigos de uso pessoal e doméstico não especificados anteriormente
- 46.51-6-01 - Comércio atacadista de equipamentos de informática
- 46.64-8-00 - Comércio atacadista de máquinas, aparelhos e equipamentos para uso odonto-médico-hospitalar; partes e peças
- 46.69-9-99 - Comércio atacadista de outras máquinas e equipamentos não especificados anteriormente; partes e peças
- 46.89-3-99 - Comércio atacadista especializado em outros produtos intermediários não especificados anteriormente
- 49.30-2-02 - Transporte rodoviário de carga, exceto produtos perigosos e mudanças, intermunicipal, interestadual e internacional
- 52.11-7-99 - Depósitos de mercadorias para terceiros, exceto armazéns gerais e guarda-móveis
- 52.12-5-00 - Carga e descarga
- 52.50-8-04 - Organização logística do transporte de carga
- 62.04-0-00 - Consultoria em tecnologia da informação
- 62.09-1-00 - Suporte técnico, manutenção e outros serviços em tecnologia da informação

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA
206-2 - Sociedade Empresária Limitada

LOGRADOURO R DOIS	NÚMERO S/N	COMPLEMENTO QUADRA 008 LOTE 008
----------------------	---------------	------------------------------------

CEP 29.168-030	BAIRRO/DISTRITO CIVIT I	MUNICÍPIO SERRA	UF ES
-------------------	----------------------------	--------------------	----------

ENDEREÇO ELETRÔNICO COMERCIAL@MEDLEVENSOHN.COM.BR	TELEFONE (27) 3338-0756
------------------------------------------------------	----------------------------

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)

SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 03/11/2005
-----------------------------	------------------------------------------

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****
----------------------------	------------------------------------

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

Emitido no dia **31/03/2020** às **09:58:50** (data e hora de Brasília).

Página: **1/2**





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

Proc. Nº 2608
Fls. 33

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 05.343.029/0001-90 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 25/09/2002	
NOME EMPRESARIAL MEDLEVENSOHN COMERCIO E REPRESENTACOES DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 74.90-1-04 - Atividades de intermediação e agenciamento de serviços e negócios em geral, exceto imobiliários 77.39-0-02 - Aluguel de equipamentos científicos, médicos e hospitalares, sem operador 77.39-0-99 - Aluguel de outras máquinas e equipamentos comerciais e industriais não especificados anteriormente, sem operador			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada			
LOGRADOURO R DOIS	NÚMERO S/N	COMPLEMENTO QUADRA 008 LOTE 008	
CEP 29.168-030	BARRO/DISTRITO CIVIT I	MUNICÍPIO SERRA	UF ES
ENDEREÇO ELETRÔNICO COMERCIAL@MEDLEVENSOHN.COM.BR	TELEFONE (27) 3338-0756		
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 03/11/2005	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

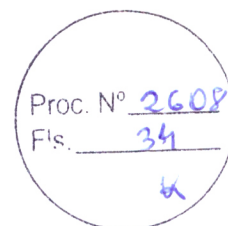
Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia 31/03/2020 às 09:58:50 (data e hora de Brasília).

Página: 2/2



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: MEDLEVENSOHN COMERCIO E REPRESENTACOES DE PRODUTOS HOSPITALARES
LTDA**
CNPJ: 05.343.029/0001-90

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 10:56:11 do dia 10/02/2020 <hora e data de Brasília>.

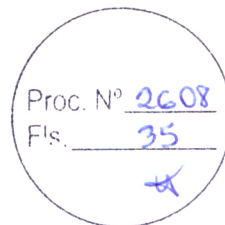
Válida até 08/08/2020.

Código de controle da certidão: **32CC.A3D0.F1C0.E0A1**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA



Certidão Negativa de Débitos para com a Fazenda Pública Estadual - MOD. 2

Certidão N° 20200000093329

Identificação do Requerente: CNPJ N° 05.343.029/0001-90

Certificamos que, até a presente data, não existe débito contra o portador do Cadastro de Pessoa Jurídica acima especificado, ficando ressalvada à Fazenda Pública Estadual o direito de cobrar quaisquer dívidas que venham a ser apuradas.

Certidão emitida via Sistema Eletrônico de Processamento de Dados, nos termos do Regulamento do ICMS/ES, aprovado pelo Decreto n° 1.090-R, de 25 de outubro de 2002.

Certidão emitida em **27/04/2020**, válida até **26/07/2020**.

A autenticidade deste documento poderá ser confirmada via internet por meio do endereço **www.sefaz.es.gov.br** ou em qualquer Agência da Receita Estadual.

Vitória, 27/04/2020.

Autenticação eletrônica: **0024.A430.EEB1.42C0**



MUNICIPIO DE MONTANHA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
ESPIRITO SANTO
14.829.961/0001-18
Nº LIQUIDAÇÃO 0001236/2020

Proc. Nº 2608

Fis. 30

dx

ALOR BRUTO: 49.500,00 VALOR DESCONTO: 0,00 VALOR LÍQUIDO: 49.500,00

O ordenador da despesa para efeito da execução orçamentária, nos termos da legislação vigente, determina que seja liquidada a despesa aqui classificada:

Exercício : 2020
Empenho: 0001205/2020
Ficha : 0000024
Processo: 0002608/2020

Tipo: Ordinário
Data : 16/06/2020
Data Venc.: 16/06/2020

Órgão : 080 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade Orçamentária : 002 - ATENÇÃO BÁSICA
Função : 10 - Saúde
Subfunção : 301 - Atenção Básica
Programa : 0013 - MANUTENÇÃO A SAÚDE
Projeto/Atividade : 2.053 - Manutenção das Atividades do Fundo Municipal de Saúde
Elemento de Despesa : 33903000000 - MATERIAL DE CONSUMO
Fonte de Recurso : 12140000000 - TRANSFERÊNCIAS FUNDO A FUNDO DE RECURSOS DO SUS PROVENIENTES DO GOVERNO FEDERAL

Favorecido : 8663 - MEDLEVENSOHN COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES DE CNPJ/CPF : 05.343.029/0001-90
Bairro : CIVITI I Cidade : MONTANHA
Endereço : R DOIS S/N SALA I, TÉRREO, QUADRA 008/ LOTE 008 UF : ESPIRITO SANTO

Histórico : Contratação de empresa para fornecimento de materiais TESTE CORONA VÍRUS COVID 19 (teste rápido) para este Município

Subelemento: 33903099000 - OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO

Saldo Empenhado	49.500,00	Despesa Liquidada	49.500,00	Saldo Disponível	0,00
-----------------	-----------	-------------------	-----------	------------------	------

Dispensa/Inexigibilidade : 02 - ARTIGO 24 INCISO 02 LEI FEDERAL 8666/93

DOCUMENTOS FISCAIS

04 Nº 57374 de 16/06/2020 - 49.500,00

LANÇAMENTOS

Nº	Débito	Valor	Crédito	Valor
Liquidação - Material De Consumo				
O 1	622130100000 - CRÉDITO EMPENHADO A LIQUIDAR	49.500,00	622130300000 - CRÉDITO EMPENHADO LIQUIDADO A PA	49.500,00
O 1	622920101000 - EMPENHOS A LIQUIDAR	49.500,00	622920103000 - EMPENHOS LIQUIDADOS A PAGAR	49.500,00
P 1	115610100000 - MATERIAL DE CONSUMO	49.500,00	213110101000 - FORNECEDORES NÃO PARCELADOS A I	49.500,00
C 1	821120100000 - DISPONIBILIDADE POR DESTINAÇÃO DE	49.500,00	821130100000 - COMPROMETIDA POR LIQUIDAÇÃO	49.500,00

Local/Data/Assinaturas

MONTANHA, 16 de junho de 2020

Leila Machado C. Baltar Rodrigues
GEstora do Fundo M. de Saúde

IMPRIMIR FECHAR

Proc. Nº 2608

Fls. 37

α

::Comprovantes

CAIXA

Comprovante de Remessa de TED via GovConta Caixa

Tipo de TED:	Terceiros
Nome:	ES 320350 FMS CT SUSCUSTEIOSUS
Conta Origem:	0716/006/00624026-9
Tipo de Conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de Pessoa:	Jurídica
CPF/CNPJ:	14.829.961/0001-18

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A
Conta Destino:	3455/117215-8
Tipo de Conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de Pessoa:	Jurídica
Nome:	MEDLEVENSOHN COMERCIO E R4EPRESENTACOES
CPF/CNPJ	05.343.029/0001-90
Valor:	R\$49.500,00
Valor da Tarifa:	R\$0,00
Finalidade	10-Crédito em Conta
Identificação da Operação:	PAGAMENTO AO FORNECEDOR

Data de Débito:	18/06/2020
Data da Operação:	18/06/2020
Código da Operação:	00161328
Chave de Segurança:	PFC8NJJHU39F3FZN

CPFs Autorizadores:
111.138.677-36
880.725.847-15

Operação realizada com sucesso.

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



MUNICIPIO DE MONTANHA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
ESPIRITO SANTO
14.829.961/0001-18
NOTA DE PAGAMENTO Nº 0001541/2020

Proc. Nº 2608
Fls. 38

ORÇAMENTÁRIA

VALOR LÍQUIDO: 49.500,00

VALOR BRUTO: 49.500,00

VALOR DESCONTO:

O ordenador da despesa para efeito da execução orçamentária, nos termos da legislação vigente, determina o Pagamento do Empenho aqui classificado:

Exercício : 2020
Data Pagto : 18/06/2020
Empenho : 0001205/2020
Liquidação : 0001236/2020

Processo : 0001541/2020
OP : 0001541/2020
Tipo : Ordinário
Ficha : 0000024/2020

Órgão : 080 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade Orçamentária : 002 - ATENÇÃO BÁSICA
Função : 10 - Saúde
Subfunção : 301 - Atenção Básica
Programa : 0013 - ATENÇÃO A SAÚDE

Projeto/Atividade : 2.053 - Manutenção das Atividades do Fundo Municipal de Saúde
Elemento Despesa : 33903000000 - MATERIAL DE CONSUMO
Fonte de Recurso : 12140000000 - TRANSFERÊNCIAS FUNDO A FUNDO DE RECURSOS DO SUS PROVENIENTES DO GOVERNO FEDERAL (Bloco de Custeio de

Favorecido : 8663 - MEDLEVENSOHN COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES DE PRODUTOS
Bairro : CIVITI I
Endereço : R DOIS S/N SALA I, TÉRREO, QUADRA 008/ LOTE 008
CNPJ/CPF : 05.343.029/0001-90
Cidade : MONTANHA
UF : ESPIRITO SANTO

Histórico : Contratação de empresa para fornecimento de materiais TESTE CORONA VÍRUSCOVID 19 (teste rápido) para este Município

Saldo Liquidação :
Valor OP : 49.500,00 (quarenta e nove mil quinhentos reais)

Dispensa/Inexibilidade: 02 - ARTIGO 24 INCISO 02 LEI FEDERAL 8666/93

Subelemento: 33903099000 - OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO

CONTROLE BANCÁRIO

Banco	Agência	Conta	Tipo/Nº Documento	Valor
104 - Caixa Econômica Federal	07161	00624026-9 - FMS CT CUSTEIOS SUS	DB - 001328	49.500,00

LANÇAMENTOS

Nº	Débito	Valor	Crédito	Valor
Pagamento - Diversos - Pagamentos				
O 1	622130300000 - CRÉDITO EMPENHADO LIQUIDADO A PA	49.500,00	622130400000 - CRÉDITO EMPENHADO LIQUIDADO PAG	49.500,00
O 1	622920103000 - EMPENHOS LIQUIDADOS A PAGAR	49.500,00	622920104000 - EMPENHOS LIQUIDADOS PAGOS	49.500,00
C 1	821130100000 - COMPROMETIDA POR LIQUIDAÇÃO	49.500,00	821140000000 - DISPONIBILIDADE POR DESTINACAO DE	49.500,00
Pagamento/Banco - Bancos				
P 1	213110101000 - FORNECEDORES NAO PARCELADOS A	49.500,00	111111900000 - BANCOS CONTA MOVIMENTO - DEMAIS	49.500,00

Local/Data/Assinaturas

MONTANHA, 18 de junho de 2020

Graciele G. Passos de Oliveira
Tesoureira Municipal

[Assinatura]