



**CAMPO NOVO  
DO PARECIS**  
PREFEITURA

CÂMARA MUNICIPAL  
Campo Novo do Parecis-MT.  
FI Nº. 01



OFÍCIO nº 221/2020/GAB

Campo Novo do Parecis - MT, 26 de Junho de 2020

Para: Excelentíssimo Senhor

Vereador Dionardo Mendes da Conceição

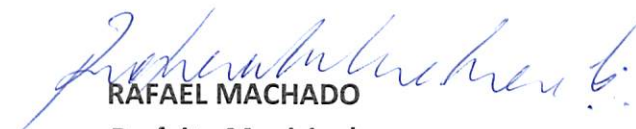
Presidente da Câmara Municipal de Campo Novo do Parecis.

**Assunto:** Resposta ao Requerimento nº 187/2020, referente ao Ofício 035/2020, proveniente da Câmara Municipal de Campo Novo do Parecis - MT.

Ao cumprimentá-los cordialmente, vimos por meio deste, encaminhar em anexo resposta da Secretária Municipal de Saúde referente ao Requerimento nº 187/2020.

Sem mais para o momento, reiteramos votos de elevada estima e considerações.

Atenciosamente,

  
**RAFAEL MACHADO**  
Prefeito Municipal

Câmara Municipal Campo Novo do Parecis

Data: 29/06/2020 Hora: 09:59  
Espécie: IDENTIFICACAO\$  
Autoria: RAFAEL MACHADO

Av. Mato Grosso, 66-NE | Centro | CEP 78.360-000  
CNPJ 24.772.287/0001-36 | Fone (65) 3382-5100

Assunto: OFÍCIO Nº 221/2020-GAB RESPOSTA REQUERIMENTO Nº 187/2020 REFERENTE AO OFÍCIO Nº 035/2020

www.campanovodoparecis.mt.gov.br

me  
mo  
ran  
do**MEMORANDO Nº: 505/2020****DE:** Secretaria Municipal de Saúde**PARA:** Gabinete do Governo Municipal**ASSUNTO:** Resposta ao memorando Nº 61/2020

Prezada Senhora,

Na oportunidade em que apresento cumprimentos, sirvo-me do presente para encaminhar resposta ao Memorando nº 61/2020, que trata do Requerimento de informações nº 187/2020, referente ao ofício 035/2020-GP, oriundo da Câmara Municipal.

Considerando requerimento de informações acerca do aparelho de raio-x do Centro Hospitalar Parecis Euclides Horst – CHP, elencamos abaixo alguns esclarecimentos de acordo com os questionamentos:

1. **Que seja esclarecido o porquê de ainda não ter sido procedido ao conserto do aparelho inoperante por avaria desde novembro de 2019?**

**Resposta:** O Instituto Social Saúde Resgate à Vida, assim que assumiu a gestão do hospital municipal procedeu com a vistoria técnica realizada pela Engenharia Clínica Brasmed, na qual foi identificado a necessidade de adequação elétrica predial para que conseqüentemente houvesse a possibilidade de realização de troca das peças danificadas. Adequação essa em andamento. Isso posto, informamos que conforme ofício 031/2020, oriundo do Hospital Municipal Euclides Horst já foi procedido com a aquisição das peças a serem substituídas (Nota Fiscal Nº 8854 em anexo).

2. **Qual a previsão para restabelecimento dos serviços de raio-x?**

**Resposta:** Conforme Ofício nº 031/2020, oriundo do Hospital Municipal Euclides Horst, datado em 15 de junho de 2020, os serviços de raio-x já foram restabelecidos por meio da realização dos exames na Clínica Schneider, garantindo assim o atendimento integral ao usuário SUS admitido na unidade hospitalar. Contudo ressalta-se que a previsão para que os exames sejam realizados “in loco”, ou seja, no âmbito do hospital municipal, dependerá da emissão do laudo de conformidade elétrica, devidamente atestado por engenheiro elétrico contratado, bem como troca das peças já adquiridas para conserto do aparelho de raio-x.

3. **De que forma está sendo atendida essa demanda pelo CHP?**

**Resposta:** O Instituto Social Saúde Resgate à Vida, responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução dos serviços de saúde desde o dia 23 de abril do corrente ano, com a finalidade de garantir a continuidade dos serviços de saúde ofertados aos residentes do município de Campo Novo do Parecis vem procedendo com a viabilização dos exames de raio-x, para as demandas de urgência e emergência junto a Clínica Schneider, conforme Notas Fiscais anexadas (final n. 253 e n. 314) no presente memorando.

|           |                 |
|-----------|-----------------|
| PROTOCOLO |                 |
| Nº        | 767812020       |
| DATA:     | 26.06.20        |
| HORA:     | 15:58           |
| ASS:      | Deide J. Simões |



me  
mo  
ran  
do

4. **Data do início do funcionamento desse aparelho, valor pago (com indicação de fonte de recursos) e custo da adequação do local para sua instalação?**

**Resposta:** O Equipamento de Rx passou a funcionar em 03/10/2018 (conforme Ata de Instalação em anexo), sendo que o valor pago pelo referido equipamento foi o montante total de R\$ 310.000,00 (trezentos e dez mil reais) conforme NF em anexo, através da fonte de recurso livre/dotação orçamentária. Obs.: consta no anexo n. 290050 – Chamado para Orientação sobre adequação da Sala de raio-x, bem como no anexo n. 520 - Relatório de Atendimento Técnico. Lembramos ainda que segundo informações colhidas com o Presidente da Associação Pró Saúde, Sr. Ademir Marrafão, a adequação da sala de Rx foi doação das Empresas: Mega Imagem (Barita), Casa Cor (Tintas), Popular Material de Construção (cimento, areia...), Elétrica União e Gotardo, bem como mão de obra voluntária para a referida adequação local.

5. **Quantas vezes, desde a instalação, essa máquina ficou inoperante?**

**Resposta:** Duas vezes. Sendo que a primeira vez o equipamento ficou inoperante por cerca de quatro meses (novembro/2019 até mês de fevereiro/2020), visto que neste período houve a realização da manutenção do mesmo e posteriormente o equipamento voltou a funcionar por 30 dias ininterruptos (de 02/03/2020 a 02/04/2020). Observa-se que a partir de 03/04/2020 o equipamento apresentou falhas e, portanto, permaneceu inoperante.

6. **Documentos que comprovem a realização de manutenção preventivas;**

**Resposta:** Encaminhamos em anexo a este ofício a Nota Física nº 000.008.394 São Bernardo Soluções para Saúde Cirúrgica. São Bernardo LTDA, no valor de R\$ 13.552,20 (treze mil quinhentos e cinquenta e dois reais e vinte centavos). Bem como, demais notas e/ou ordem de serviço, que comprovem esta manutenção no período de garantia.

7. **Cópia das solicitações encaminhadas à assistência técnica quanto a manutenção corretiva do aparelho, no período de novembro/2019 a junho/2020.**

**Resposta:** Conforme solicitação acima mencionada, encaminhamos em anexo documentações comprobatórias, referente às Ordens de Serviços nº 9858/10, nº 9858/40 e nº 9858/30, com data da Proposta 22/11/2019 e proposta de orçamento nº 9858/2 ordem de serviço nº 9858/20).

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

Campo Novo do Parecis – MT, 26 de junho de 2020.

Fabiana Rodrigues de Oliveira Antunes  
Secretária Municipal de Saúde  
Portaria nº 434/2018

**ANEXO**

**(RESPOSTA PERGUNTA N. 1)**

Ofício nº 31/2020

Ref.: Resposta Ofício 156/2020 SMS

Para: Secretaria Municipal de Saúde

Prezada;

**Fabiana Rodrigues de Oliveira Antunes**

Secretária Municipal de Saúde

Campo Novo do Parecis/MT.

Venho por meio cumprimenta lá, e esclarecer algumas dúvidas sobre o Ofício nº187/2020 da Câmara Municipal de Vereadores.

Como deve ser sabedor dos nobres Vereadores, este o Instituto Social Saúde Resgate à Vida, assumiu a gestão do Hospital Municipal Euclides Horst no dia 23 de abril de 2020, sobre o contrato de gestão nº002/SMS/MT/2020, onde encontramos os aparelhos de Raio X desta unidade sem condições de uso e inoperantes, deixamos assim pela antiga gestão.

1º Iniciamos vistoria técnica pela Engenharia Clínica Brasmed, o qual demonstrou que tinha que ser iniciado vistoria elétrica predial e laudo de conformidade de energia elétrica para conserto dos respectivos aparelhos, para assim poder ser trocadas as peças que estão danificadas.

2º Iniciamos vistoria técnica para análise de energia elétrica predial, onde se faz necessário este primeiro passo para regularização da energia e consequentemente o conserto dos aparelhos.

3º A previsão de funcionamento do novo aparelho será somente depois da emissão Laudo de Conformidade Elétrica, atestado por engenheiro elétrico contratado, em paralelo a isso já foi feita a aquisição das peças a serem substituídas, em anexo NF 8854.

4° Para não deixar a comunidade Camponovense desassistida, o Instituto Social Saúde Resgate à Vida, providenciou junto a Clínica Schneider a realização de exames de Urgência e Emergência de Raio X, sendo realizadas no período de 23/04/2020 à 30/04/2020 o total de 63 exames, conforme NF 0246, e no período de 01/05/2020 à 31/05/2020 a realização de 218 exames, conforme NF 0314.

Sendo assim era o que tínhamos para o momento.

Campo Novo do Parecis, 15 de junho de 2020.

  
**Dalmo Henrique Thomazzi**  
Diretor Administrativo  
Hospital Municipal Euclides Horst



Recebi(emos) de CIRURGICA SAO BERNARDO LTDA. os produto(s) constante(s) da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado, bem como atestamos que os mesmos foram examinados, conforme o testes constates do Boletim de Conformidade/Certificado de Qualidade, sendo o aceite da presente para todos os efeitos legais.

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e  
Nº.: 000.008.854  
SÉRIE: 1

CÂMARA MUNICIPAL

Campo Novo do Parecis-MT.

FINº 01

**São Bernardo**  
Soluções para a Saúde

CIRURGICA SAO BERNARDO LTDA  
SAAN QUADRA 3 LOTE 980, 970/980, ASA NORTE  
70832.300 - BRASILIA/DF  
Fone/Fax: (61) 3233-2958

**DANFE**

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

NF-e  
Nº.: 000.008.854  
SÉRIE: 1

1- Saída ☒ FLS.: 1/1  
2- Entrada



CHAVE DE ACESSO DA NF-e  
5320 0500 8388 9600 0182 5500 1000 0088 5414 5576 1338

CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO PORTAL NACIONAL DA NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal OU SITE DA SEFAZ AUTORIZADA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
353200020762545 19/05/2020 16:01:00

NATUREZA DE OPERAÇÃO  
VENDA MERC. ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERC 6102

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
0731322300171

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
00.838.896/0001-82

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL  
INSTITUTO SOCIAL SAUDE RESGATE A VIDA

ENDEREÇO  
RUA ADIB AUADA, 290

MUNICÍPIO  
COTIA

FONE / FAX  
(11) 4448-4109

BAIRRO / DISTRITO  
JARDIM LAMBRETA

CNPJ / CPF  
07.900.613/0001-24

CEP  
06710-700

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA DA EMISSÃO  
18/05/20

DATA DA ENTRADA / SAÍDA

HORA DA ENTRADA / SAÍDA

| FATURA | VENCIMENTO | VALOR          | FATURA | VENCIMENTO | VALOR | FATURA | VENCIMENTO | VALOR |
|--------|------------|----------------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| 8854   | 10/06/20   | R\$: 14.829,00 |        |            |       |        |            |       |

| CÁLCULO DOS IMPOSTOS |      | BASE DE CÁLCULO DO ICMS |      | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO |      | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO |      | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|----------------------|------|-------------------------|------|--------------------------------------|------|----------------------------|------|--------------------------|
| 12.189,00            |      | 1.462,88                |      | 0,00                                 |      | 0,00                       |      | 12.189,00                |
| VALOR DO FRETE       | 0,00 | VALOR DO SEGURO         | 0,00 | DESCONTO                             | 0,00 | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | 0,00 | VALOR TOTAL DA NOTA      |
|                      |      |                         |      |                                      |      |                            |      | 14.829,00                |

| TRANSPORTADORA / VOLUMES TRANSPORTADOS |   | FRETE POR CONTA  | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF         | CNPJ / CPF         |
|----------------------------------------|---|------------------|-------------|------------------|------------|--------------------|
| RAZÃO SOCIAL                           |   | 1 - Destinatário |             |                  |            |                    |
| ENDEREÇO                               |   |                  | MUNICÍPIO   |                  | UF         | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| QUANTIDADE                             | 2 | ESPECIE          | MARCA       | NUMERAÇÃO        | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO       |
|                                        |   |                  |             |                  | 2,000      | 2,000              |

| DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS |                                                   | NCM / SH | CST | CFOP  | UNI | QUANT. | V. UNIT.   | V. DESC. | V. TOTAL | BC. ICMS | V. ICMS | V. IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|-------------------------------|---------------------------------------------------|----------|-----|-------|-----|--------|------------|----------|----------|----------|---------|--------|------------|-----------|
| CÓDIGO PRODUTO                | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS                 |          |     |       |     |        |            |          |          |          |         |        |            |           |
| SERVIÇO                       | SERVIÇO REFERENTE A REPARO, MAO DE OBRA - PHILIPS | 99       | 040 | 6.933 | H   | 1,00   | 2.840,0000 | 0,00     | 2.840,00 | 0,00     | 0,00    | 0,00   | 12,00%     | 0,00%     |
| 459801354151                  | KIT PCBA0131 COMPACTO PY TUBO TOSHIBA             | 90181990 | 000 | 6.102 | UN  | 1      | 4.332,0000 | 0,00     | 4.332,00 | 4.332,00 | 519,84  | 0,00   | 12,00%     | 0,00%     |
| 459801439111                  | PCBA 00344 V01 R02 POWER DISTRIBUTION             | 90181990 | 000 | 6.102 | UN  | 1      | 7.857,0000 | 0,00     | 7.857,00 | 7.857,00 | 942,84  | 0,00   | 12,00%     | 0,00%     |

**Banco de Brasília S/A - BRB**  
AG: 060 C/C: 600 274-0  
Banco do Brasil (001)  
AG: 3599-8 C/C: 427194-7  
CNPJ: 00.838.896-0001-82

Declaro que os materiais foram  
Recebidos: Nathália B. Rodrigues Tres  
Nathália B. Rodrigues Tres  
CRF-MT 4137  
Farmacêutica/Bioquímica

| DADOS DO ISSQN                       |  | VALOR TOTAL SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO ISSQN | VALOR DO ISSQN | FUNRURAL | TOTAL FATURADO |
|--------------------------------------|--|----------------------|-----------------------|----------------|----------|----------------|
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL<br>0731322300171 |  | 2.640,00             | 2.640,00              | 132,00         | 0,00     | 14.829         |

| DADOS ADICIONAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | RESERVADO AO FISCO |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|
| <p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>Val. Aprox. Tributos 1.080,78 Fonte: IBPT]</p> <p>Representante: DF - SUPORTE (CLAUDINEY)</p> <p>ORÇAMENTO Nº 11551/1 RX PENDULUM - SN PAFGX301001. Pagamento de 50% R\$ 7.414,50 do valor da nota, realizado em 14/05/2020. Pagamento dos 50% restante da nota R\$ 7.414,50 a ser realizado até o vencimento da nota fiscal. Difal 5% R\$ 731,34</p> |  |                    |

**ANEXO**

**(RESPOSTA PERGUNTA N. 3)**



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO NOVO DO PARECIS - MT.  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS  
AVENIDA MATO GROSSO, 66, CENTRO  
TELEFONES:  
CNPJ: 24.772.287/0001-36

Número da Nota Fiscal de Serviço  
Série Eletrônica  
**20200000000253**

SCHNEIDER SERVICOS MEDICOS LTDA  
SCHNEIDER CLINICA MEDICA

CPF/CNPJ: 12.978.579/0001-40

Inscrição Municipal: 6796

Inscrição Estadual:

End.: RUA: PORTO VELHO, Nº 180-NE, CENTRO

Complemento:

Cidade: CAMPO NOVO DO PARECIS Telefone: 6533824469

Email: MEDDOTRABALHO@SCHNEIDERCLINICA.NE

#### Identificação da Nota Fiscal Eletrônica

|                                  |                                                     |                                      |  |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|--|
| Natureza da Operação<br>EXIGIVEL | Data e Hora de Emissão da NFS-e<br>07/05/2020 14:39 | Código de Autenticidade<br>DINE17EK3 |  |
| Número do RPS                    | Data de Emissão da Nota Fiscal                      | Série da Nota Fiscal                 |  |

#### Dados do Tomador de Serviço

|                                |                    |                     |                                                       |                                  |
|--------------------------------|--------------------|---------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------|
| CNPJ/CPF<br>07.900.613/0001-24 | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Razão Social<br>INSTITUTO SOCIAL SAUDE RESGATE A VIDA |                                  |
| Endereço<br>RUA ADIB AUADA     | Número<br>290      | Complemento         | Bairro<br>JARDIM LAMBRETA                             |                                  |
| CEP<br>06.710-700              | Cidade<br>COTIA    | UF<br>SP            | Telefone<br>1144484109                                | Email<br>contabil.lm@hotmail.com |

#### Descrição dos Serviços

| Quantidade | Descrição | Valor Unitário | Valor Total | Serviço |
|------------|-----------|----------------|-------------|---------|
| 63,00      | Ralo-x    | 70,0000        | 4.410,00    | SIM     |

VALOR TOTAL DA NFS-e: R\$ 4.410,00

#### Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISSQN

|                                                                                                                                                           |                  |                     |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------|-------------------|
| Atividade do Município<br>04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres. | Alíquota<br>0,00 | Item 116/2003<br>04 | CNAE<br>0000-0/00 |
| Valor Total dos Serviços                                                                                                                                  |                  | R\$                 | 4.410,00          |
| Base de Cálculo                                                                                                                                           |                  | R\$                 | 4.410,00          |
| Desconto Incondicionado                                                                                                                                   |                  | R\$                 | 0,00              |
| Desconto Condicionado                                                                                                                                     |                  | R\$                 | 0,00              |
| Deduções (Material)                                                                                                                                       |                  | R\$                 | 0,00              |
| Deduções Base de Cálculo                                                                                                                                  |                  | R\$                 | 0,00              |
| ISSQN Devido                                                                                                                                              |                  | R\$                 | 0,00              |
| ISSQN Retido                                                                                                                                              |                  |                     | NÃO               |

#### Retenções na Fonte

|                              |                |              |              |              |                          |               |
|------------------------------|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------------------|---------------|
| PIS<br>0,00                  | COFINS<br>0,00 | INSS<br>0,00 | IRRF<br>0,00 | CSLL<br>0,00 | Outras Retenções<br>0,00 | ISSQN<br>0,00 |
| Valor líquido da Nota Fiscal |                |              |              |              |                          | 4.410,00      |

#### Informações Complementares

Serviço prestado para o Centro Hospitalar Parecis Euclides Horst, Campo Novo do Parecis MT Período de exames realizados de 23/04/2020 a 30/04/2020 / VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS R\$ 693,25( 15,72%) FONTE: ISPT, CONFORME LEI 12.741/2012. / CONTRIBUINTE OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL / ESTA NOTA PODE SER CANCELADA EM 02 DIAS APÓS A GERAÇÃO.

Gerado Por: DINAIR TEREZINHA FABIAN DA SILVA

Impresso Por: DINAIR TEREZINHA FABIAN DA SILVA

#### Protocolo de entrega de Nota Fiscal Eletrônica

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                      |                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Natureza da Operação<br>EXIGIVEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Data e Hora de Emissão da NFS-e<br>07/05/2020 | Código de Autenticidade<br>DINE17EK3 | Número da Nota Fiscal de Serviço<br>Série Eletrônica<br><b>20200000000253</b> |
| Recebi(emos) de SCHNEIDER SERVICOS MEDICOS LTDA 12.978.579/0001-40, Todos o(s) serviço(s) relacionados nesta Nota Fiscal de Serviço Eletrônica<br>A autenticidade deste documento poderá ser realizada pelo endereço <a href="https://www.gp.srv.br/tributario_camponovodoparecis/servlet/porta_serv_servico?9,60">https://www.gp.srv.br/tributario_camponovodoparecis/servlet/porta_serv_servico?9,60</a><br>/ /<br>Data |                                               |                                      |                                                                               |
| Nome e Número do CPF do Tomador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                      |                                                                               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO NOVO DO PARECIS - MT.</b><br><b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS</b><br><b>AVENIDA MATO GROSSO, 66, CENTRO</b><br><b>TELEFONES:</b><br><b>CNPJ: 24.772.287/0001-36</b> | <b>Número da Nota Fiscal de Serviço</b><br><b>Série Eletrônica</b><br><b>202000000000314</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SCHNEIDER SERVICOS MEDICOS LTDA</b><br><b>SCHNEIDER CLINICA MEDICA</b><br><b>CPF/CNPJ: 12.978.579/0001-40</b><br><b>End.: RUA: PORTO VELHO, Nº 180-NE, CENTRO</b><br><b>Cidade: CAMPO NOVO DO PARECIS</b><br><b>Telefone: 6533824469</b> | <b>Inscrição Municipal: 6796</b><br><b>Inscrição Estadual:</b><br><b>Complemento:</b><br><b>Email: MEDDOTRABALHO@SCHNEIDERCLINICA.NE</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                 |                                                                                                     |                                                                            |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Identificação da Nota Fiscal Eletrônica</b>                  |                                                                                                     |                                                                            |                                                                                     |
| <b>Natureza da Operação</b><br>EXIGIVEL<br><b>Número do RPS</b> | <b>Data e Hora de Emissão da NFS-e</b><br>01/06/2020 16:04<br><b>Data de Emissão da Nota Fiscal</b> | <b>Código de Autenticidade</b><br>LPU4J0UC4<br><b>Série da Nota Fiscal</b> |  |

|                                       |                           |                            |                                                              |                                        |  |
|---------------------------------------|---------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--|
| <b>Dados do Tomador de Serviço</b>    |                           |                            |                                                              |                                        |  |
| <b>CNPJ/CPF</b><br>07.900.613/0001-24 | <b>Inscrição Estadual</b> | <b>Inscrição Municipal</b> | <b>Razão Social</b><br>INSTITUTO SOCIAL SAUDE RESGATE A VIDA |                                        |  |
| <b>Endereço</b><br>RUA ADIB AUADA     | <b>Número</b><br>290      | <b>Complemento</b>         |                                                              | <b>Bairro</b><br>JARDIM LAMBRETA       |  |
| <b>CEP</b><br>06.710-700              | <b>Cidade</b><br>COTIA    | <b>UF</b><br>SP            | <b>Telefone</b><br>11 44484109                               | <b>Email</b><br>alinerhissrv@gmail.com |  |

|                                            |                  |                       |                    |                |
|--------------------------------------------|------------------|-----------------------|--------------------|----------------|
| <b>Descrição dos Serviços</b>              |                  |                       |                    |                |
| <b>Quantidade</b>                          | <b>Descrição</b> | <b>Valor Unitário</b> | <b>Valor Total</b> | <b>Serviço</b> |
| 218,00                                     | RAIOS - X        | 70,0000               | 15.260,00          | SIM            |
| <b>VALOR TOTAL DA NFS-e: R\$ 15.260,00</b> |                  |                       |                    |                |

|                                                                                                                                                                  |                         |                            |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------|--------------------------|
| <b>Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISSQN</b>                                                                                                       |                         |                            |                          |
| <b>Atividade do Município</b><br>04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres. | <b>Alíquota</b><br>0,00 | <b>Item 116/2003</b><br>04 | <b>CNAE</b><br>0000-0/00 |
| <b>Valor Total dos Serviços</b>                                                                                                                                  | <b>R\$</b>              | 15.260,00                  |                          |
| <b>Base de Cálculo</b>                                                                                                                                           | <b>R\$</b>              | 15.260,00                  |                          |
| <b>Desconto Incondicionado</b>                                                                                                                                   | <b>R\$</b>              | 0,00                       |                          |
| <b>Desconto Condicionado</b>                                                                                                                                     | <b>R\$</b>              | 0,00                       |                          |
| <b>Deduções (Material)</b>                                                                                                                                       | <b>R\$</b>              | 0,00                       |                          |
| <b>Deduções Base de Cálculo</b>                                                                                                                                  | <b>R\$</b>              | 0,00                       |                          |
| <b>ISSQN Devido</b>                                                                                                                                              | <b>R\$</b>              | 0,00                       |                          |
| <b>ISSQN Retido</b>                                                                                                                                              |                         | NÃO                        |                          |

|                                     |                       |                     |                     |                     |                                 |                      |           |
|-------------------------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------------------|----------------------|-----------|
| <b>Retenções na Fonte</b>           |                       |                     |                     |                     |                                 |                      |           |
| <b>PIS</b><br>0,00                  | <b>COFINS</b><br>0,00 | <b>INSS</b><br>0,00 | <b>IRRF</b><br>0,00 | <b>CSLL</b><br>0,00 | <b>Outras Retenções</b><br>0,00 | <b>ISSQN</b><br>0,00 |           |
| <b>Valor líquido da Nota Fiscal</b> |                       |                     |                     |                     |                                 |                      | 15.260,00 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Informações Complementares</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| SERVIÇOS PRESTADOS NO MES 05/2020 AO CENTRO HOSPITALAR EUCLIDES HOST - CAMPO NOVO DO PARECIS -MT. / VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS R\$ 2398,87( 15.72%) FONTE: IBPT, CONFORME LEI 12.741/2012. / CONTRIBUINTE OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL / ESTA NOTA PODE SER CANCELADA EM 02 DIAS APÓS A GERAÇÃO. |  |

Gerado Por: JULYANNA E SILVA COSTA SCHRADER

Impresso Por: JULYANNA E SILVA COSTA SCHRADER

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                      |                                             |                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Protocolo de entrega de Nota Fiscal Eletrônica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                      |                                             |                                                                                              |
| <b>Natureza da Operação</b><br>EXIGIVEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Data e Hora de Emissão da NFS-e</b><br>01/06/2020 | <b>Código de Autenticidade</b><br>LPU4J0UC4 | <b>Número da Nota Fiscal de Serviço</b><br><b>Série Eletrônica</b><br><b>202000000000314</b> |
| Recebi(emos) de SCHNEIDER SERVICOS MEDICOS LTDA 12.978.579/0001-40, Todos o(s) serviço(s) relacionados nesta Nota Fiscal de Serviço Eletrônica<br>A autenticidade deste documento poderá ser realizada pelo endereço <a href="https://www.gp.srv.br/tributario_camponovodoparecis/servlet/portal_serv_servico?9,60">https://www.gp.srv.br/tributario_camponovodoparecis/servlet/portal_serv_servico?9,60</a><br>/ /<br>Data _____ |                                                      |                                             |         |
| Nome e Número do CPF do Tomador _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                      |                                             |                                                                                              |

**ANEXO**

**(RESPOSTA PERGUNTA N. 4)**

## Ata de Instalação

CÂMARA MUNICIPAL  
Campo Novo do Parecis-MT.  
FI N° 12

|                                  |                                       |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| Nome do Cliente                  | Associação Pró Saúde do Parecis/OS    |
| Endereço (Contrato / Instalação) | Av. Brasil, 1669                      |
| Cidade, Estado, CEP              | Campo Novo do Parecis, MT, 78360-000  |
| Telefone / e-mail                | (65) 3382 1125, direcao@chp@gmail.com |
| Número do Contrato               |                                       |
| Número do Processo Interno (GDI) |                                       |

| Descrição do Produto | Número ou Modelo do Produto | Número de Série |
|----------------------|-----------------------------|-----------------|
| Dr Compact 1D        |                             | PAFGX301001     |
|                      |                             |                 |
|                      |                             |                 |
|                      |                             |                 |
|                      |                             |                 |

A Philips certifica que, o equipamento, objeto do contrato foi instalado e foram cumpridas as especificações técnicas substancialmente oferecidas.

O processo de instalação encontra-se completo, com exceção de qualquer (s) pendência (s) menor descrita a seguir. A assinatura do cliente indica que o equipamento está pronto para realizar o exame no primeiro paciente.

A Philips continuará sendo responsável por qualquer (s) item (s) definido contratualmente, que ainda não foi entregue.

**Término da instalação**

O equipamento objeto do contrato foi instalado no local definido pelo cliente, além de ter sido testado eletrônica e mecanicamente para operar em cumprimento com as especificações técnicas oferecidas pela Philips. O equipamento está pronto para realizar o exame no primeiro paciente.

O cliente reconhece que o período de garantia dos produtos listados abaixo inicia/iniciou em 03/10/18 e termina/terminou em 02/10/19 ; o período total de garantia é de 12 meses.

## Ata de Instalação

Equipamento disponível para primeiro exame em paciente em 03/10/18  
(Data)

Representante do Cliente:

(Nome) \_\_\_\_\_ (Cargo) \_\_\_\_\_

(Assinatura) \_\_\_\_\_ (Data) \_\_\_\_\_

Representante da Philips:

André Rocha de Oliveira Técnico  
(Nome) \_\_\_\_\_ (Cargo) \_\_\_\_\_

[Assinatura] 03/10/18  
(Assinatura) \_\_\_\_\_ (Data) \_\_\_\_\_

O equipamento foi instalado e está pronto para realizar o exame no primeiro paciente, exceto, pela(s) seguinte(s) funcionalidade(s) definida(s) em contrato:

### Informações Adicionais:

1- Produtos ou Serviços pendentes responsabilidade Philips:

- 1.1- \_\_\_\_\_
- 1.2- \_\_\_\_\_
- 1.3- \_\_\_\_\_
- 1.4- \_\_\_\_\_

2- Pendências sob responsabilidade do Cliente:

2.1- Equipamento conectado no PRS - Philips Remote Service? ☐ Sim ☐ Não

- 2.2- \_\_\_\_\_
- 2.3- \_\_\_\_\_
- 2.4- \_\_\_\_\_

3- Queremos ouvir sua opinião. Criamos uma Pesquisa de Satisfação especialmente para este fim. Solicitamos indicar um e-mail para encaminhamento de nossa pesquisa:

\_\_\_\_\_

**0800 SERVICE**

0800 737 8423

CÂMARA MUNICIPAL  
Campo Novo do Parecis-MT.  
FI Nº 14**PHILIPS**

Ordem de Serviço Nº \_\_\_\_\_

Número da SWO / Número da Operação

( ) Interno

(X) Externo

Data: 15/08/18

IS Nº 293537

Cliente: Centro Hospitalar Parecis Euclides Horst

Equipamento:

Cidade: Campo Novo do Parecis MT

Nº de Série: PAFGX301001

Contato: Tarcisio

Depto: Administrativo

| DATA     | INÍCIO | TÉRMINO | HORAS<br>TRABALHO | HORAS<br>VIAGENS |
|----------|--------|---------|-------------------|------------------|
| 13/08/18 |        |         |                   |                  |
| 14/08/18 |        |         |                   |                  |
| 15/08/18 |        |         |                   |                  |
|          |        |         |                   |                  |
|          |        |         |                   |                  |
|          |        |         |                   |                  |

| Atividade             | Defeito                |
|-----------------------|------------------------|
| (X) Instalação        | (X) Elétrico           |
| ( ) Garantia          | ( ) Mecânico           |
| ( ) Corretivo         | ( ) Orientação         |
| ( ) FCO               | ( ) Software           |
| ( ) Preventivo        | ( ) Agente externo     |
| ( ) Revisão Originais | ( ) Outros Discriminar |
| ( ) Comercial         |                        |
| ( ) Outros            |                        |

Descrição do Chamado:

Instalação do equipamento Compact DR Pendulum.

Descrição dos Serviços Executados:

Foi realizada a calibração da robótica do Pendulum, porém no processo de calibração do Gerador foi identificada a necessidade de substituição de fonte do mesmo. Foi identificada a necessidade

Testes Efetuados:

de substituição do cabo de vídeo do monitor do equipamento. Foi entregue os manuais do usuário para o Diretor Tarcisio.

Pendências / Observações:

Equipamento parado até a solução do ocorrido.

Ferramentas Calibráveis Utilizadas:

| Ferramenta | Modelo | Serial Number | Data da Calibração |
|------------|--------|---------------|--------------------|
|            |        |               | __/__/__           |
|            |        |               | __/__/__           |

| Ferramenta | Modelo | Serial Number | Data da Calibração |
|------------|--------|---------------|--------------------|
|            |        |               | __/__/__           |
|            |        |               | __/__/__           |

Materiais Utilizados:

| Qtde. | Descrição | NF | P/N Aplicado | S/N Aplicado | P/N Retirado | S/N Retirado |
|-------|-----------|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |

Trabalho Concluído Sim ( ) Não ( ) Aguardando Peças (X)

Dados do Engenheiro / Técnico:

Nome: André Rocha de Oliveira

Matrícula:

Assinatura:

Dados do Cliente:

Nome: Tarcisio Moneira Oliveira

Cargo: Diretor

RG: M-1660180

Assinatura:

Fui Leonardo - Pequeno Plântio 15:00  
codia 5/10/18. Tudo funcionando.  
e deixo o mesmo a 19:00, tudo funcio-  
nando normal sem nenhuma alteração.

07/10/2018. Assumi o RAIOX, SEM SABER  
como estava. Fiz EXAMES, TUDO NORMAL.  
e deixo o trabalho a 15:20 com os EQUIPAMENTOS FUNCIONANDO  
EM PERFEITAS CONDIÇÕES.

09/10/2018 = 11:00 HORAS ASSUMI O RX. Fiz EXAMES e o  
RELHO DE RX E IMPRESSORA ESTÃO FUNCIONANDO BEM.

15:20 HORAS ESTOU ENCERRANDO A ATIVIDADE DE HOJE, ENFRE-  
ndo RAIOX E IMPRESSORA FUNCIONANDO EM PERFEITAS CONDI-  
ÇÕES.

27

Leonardo. Assumo o plantão a 15:00 do dia  
01/10/18, com o aparelho de RX funcionando normal.  
e finalizo o plantão a 19:00, deixando o  
aparelho perfeito funcionando.

09/10/2018 AT 11:00.

ASSUMI O EQUIPAMENTO DE RX E IMPRESSORA, SEM SABER SE  
HIA ALGUMA ALTERAÇÃO. Fiz ALGUNS EXAMES, TUDO NORMAL.

A 15:20 ESTOU DEIXANDO O TRABALHO e DEIXO TAMBÉM OS EQUI-  
PAMENTOS DE RX E IMPRESSORA FUNCIONANDO BEM.

2

Leonardo. Assumo plantão do dia 01/10/18 a  
15:00, com o funcionamento normal. e finalizo  
o plantão com todo o aparelho funcionando  
normal. 19:00.

Fui Silvana Sobral, assumo o plantão no  
dia 09/10 a 7:00 hrs, e funcionando normalmente.

Silvana S. Sobral  
Téc. Em raio X  
CRTR: 01686T

**0800 SERVICE**

0800 737 8423

**PHILIPS**

Ordem de Serviço Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

( ) Interno  
 (x) Externo

Data: 03 / 10 / 18

IS Nº 289897

Cliente: Associação Pro Saúde do Parecis / OS

Equipamento: Dr. Compact JD

Cidade: Campo Novo do Parecis

Nº de Série: PAFGX30J001

Contato: Tarcísio

Depto: Administrativo

| DATA     | INÍCIO | TÉRMINO | HORAS TRABALHO | HORAS VIAGENS |
|----------|--------|---------|----------------|---------------|
| 03/10/18 | 11:00  | 12:30   | —              |               |
| 03/10/18 | 13:30  | 19:20   | —              |               |
| 07/10/18 | 07:40  | 12:30   |                |               |
| 02/10/18 | 04:00  | 18:00   |                |               |
| 03/10/18 | 08:20  | 12:45   |                |               |
| 03/10/18 | 14:10  | 17:50   |                |               |
|          |        |         |                |               |
|          |        |         |                |               |

| Atividade             | Defeito                |
|-----------------------|------------------------|
| (x) Instalação        | (x) Elétrico           |
| ( ) Garantia          | ( ) Mecânico           |
| ( ) Corretivo         | ( ) Orientação         |
| ( ) FCO               | ( ) Software           |
| ( ) Preventivo        | ( ) Agente externo     |
| ( ) Revisão Originais | ( ) Outros Discriminar |
| ( ) Comercial         |                        |
| ( ) Outros            |                        |

**Descrição do Chamado:**

Instalação Completa do Dr compact JD.

**Descrição dos Serviços Executados:**

Foi realizada a substituição do fonte chaveado, cabo HDMI / DVI, calibração de KV, mA, RAD, Foco IRRADIADO com foco iluminado, verificação do AEC, ajuste da robótica da Pendulum.

**Testes Efetuados:**

Foi realizado o treinamento operacional do equipamento para os técnicos, sanando todas as dúvidas. Foi configurado todo o sistema DICOM e realizado testes Junta

**Pendências / Observações:**

mento dos técnicos estando seu funcionamento normal. Equipamento liberado e liberado para suas rotinas diagnósticas.

**Ferramentas Calibráveis Utilizadas:**

| Ferramenta | Modelo | Serial Number | Data da Calibração |
|------------|--------|---------------|--------------------|
|            |        |               | __/__/__           |
|            |        |               | __/__/__           |

| Ferramenta | Modelo | Serial Number | Data da Calibração |
|------------|--------|---------------|--------------------|
|            |        |               | __/__/__           |
|            |        |               | __/__/__           |

**Materials Utilizados:**

| Qtde. | Descrição                 | NF | P/N Aplicado | S/N Aplicado | P/N Retirado | S/N Retirado |
|-------|---------------------------|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 05    | Fonte CH350W/1N-90~264VAC |    | 459801438623 |              |              |              |
|       | Cabo 48V DC               |    |              |              |              |              |
|       |                           |    |              |              |              |              |
|       |                           |    |              |              |              |              |
|       |                           |    |              |              |              |              |

Trabalho Concluído Sim (x) Não ( ) Aguardando Peças ( )

**Dados do Engenheiro / Técnico:**

Nome: André R. de Oliveira

Matrícula:

Assinatura:

**Dados do Cliente:**

Nome: TARCÍSIO MARCINA DE OLIVEIRA

Cargo: DIRETOR

Assinatura:

0800 SERVICE

0800 737 8423

PHILIPS

Ordem de Serviço Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Número da SWO / Número da Operação( ) Interno  
(x) Externo

Data: 13 / 08 / 18

IS Nº 293537

Cliente: Centro Hospitalar Parecis - Philips Health

Equipamento: \_\_\_\_\_

Cidade: Campo Novo do Parecis - MT

Nº de Série: PAFGX301001

Contato: Tarciso

Depto: Administrativo

| DATA     | INÍCIO | TÉRMINO | HORAS<br>TRABALHO | HORAS<br>VIAGENS |
|----------|--------|---------|-------------------|------------------|
| 13/08/18 |        |         |                   |                  |
| 14/08/18 |        |         |                   |                  |
| 15/08/18 |        |         |                   |                  |
|          |        |         |                   |                  |
|          |        |         |                   |                  |
|          |        |         |                   |                  |

| Atividade             | Defeito                |
|-----------------------|------------------------|
| (x) Instalação        | (x) Elétrico           |
| ( ) Garantia          | ( ) Mecânico           |
| ( ) Corretivo         | ( ) Orientação         |
| ( ) FCO               | ( ) Software           |
| ( ) Preventivo        | ( ) Agente externo     |
| ( ) Revisão Originais | ( ) Outros Discriminar |
| ( ) Comercial         |                        |
| ( ) Outros            |                        |

## Descrição do Chamado:

Instalação do equipamento Compact DR Pendulum.

## Descrição dos Serviços Executados:

Foi realizado a calibração da robótica da Pendulum, porém no processo de calibração do scanner foi identificada a necessidade de substituição de lente do scanner. Foi identificada a necessidade de substituição do cabo de vídeo do monitor do equipamento. Foi entregue os manuais do usuário para o Diretor Tarciso.

## Testes Efetuados:

## Pendências / Observações:

Equipamento parado até a solução do ocorrido.

## Ferramentas Calibráveis Utilizadas:

| Ferramenta | Modelo | Serial Number | Data da Calibração | Ferramenta | Modelo | Serial Number | Data da Calibração |
|------------|--------|---------------|--------------------|------------|--------|---------------|--------------------|
|            |        |               | __/__/__           |            |        |               | __/__/__           |
|            |        |               | __/__/__           |            |        |               | __/__/__           |

## Materiais Utilizados:

| Qtde. | Descrição | NF | P/N Aplicado | S/N Aplicado | P/N Retirado | S/N Retirado |
|-------|-----------|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |

Trabalho Concluído Sim ( ) Não ( ) Aguardando Peças (x)

## Dados do Engenheiro / Técnico:

Nome: André Rocha de Oliveira

Matrícula: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## Dados do Cliente:

Nome: Tarciso Menezes Oliveira

Cargo: Diretor

RG: 11660180

Assinatura: \_\_\_\_\_

0800 SERVICE

0800 737 8423

Ordem de Serviço Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

( ) Interno

( ) Externo

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IS Nº **290051**

Cliente: Centro Hospitalar Parecis Horst

Equipamento: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ N° de Série: \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_

| DATA | INÍCIO | TÉRMINO | HORAS<br>TRABALHO | HORAS<br>VIAGENS |
|------|--------|---------|-------------------|------------------|
|      |        |         |                   |                  |
|      |        |         |                   |                  |
|      |        |         |                   |                  |
|      |        |         |                   |                  |
|      |        |         |                   |                  |
|      |        |         |                   |                  |
|      |        |         |                   |                  |
|      |        |         |                   |                  |
|      |        |         |                   |                  |

| Atividade             | Defeito                |
|-----------------------|------------------------|
| ( ) Instalação        | ( ) Elétrico           |
| ( ) Garantia          | ( ) Mecânico           |
| ( ) Corretivo         | ( ) Orientação         |
| ( ) FCO               | ( ) Software           |
| ( ) Preventivo        | ( ) Agente externo     |
| ( ) Revisão Originais | ( ) Outros Discriminar |
| ( ) Comercial         |                        |
| ( ) Outros            |                        |

Descrição do Chamado:

Continuação da OS 290050

Descrição dos Serviços Executados:

que se encontra instalado, necessidade da Dry se encontrar no local, o profissional de instalação da Dry deve estar no Hospital na instalação do COMPACT DR, Aterramento de no máximo 5Ω, abertura de porta de

Testes Efetuados:

1,20m, ar condicionado com as especificações que atendem as condições do projeto. todas orientações foram dadas para o Vrandro e Marcos.

Pendências / Observações:

Ferramentas Calibráveis Utilizadas:

| Ferramenta | Modelo | Serial Number | Data da Calibração |
|------------|--------|---------------|--------------------|
|            |        |               | __/__/__           |
|            |        |               | __/__/__           |

| Ferramenta | Modelo | Serial Number | Data da Calibração |
|------------|--------|---------------|--------------------|
|            |        |               | __/__/__           |
|            |        |               | __/__/__           |

Materiais Utilizados:

| Qtde. | Descrição | NF | P/N Aplicado | S/N Aplicado | P/N Retirado | S/N Retirado |
|-------|-----------|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |

Trabalho Concluído Sim (X) Não ( ) Aguardando Peças ( )

Dados do Engenheiro / Técnico:

Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Dados do Cliente:

Nome: TANCISIO MONEIRA DE OLIVEIRA

Cargo: diretor

RG: MI.660180

Assinatura: SSPMG

**PHILIPS**

**Título: Formulário de Termo de Garantia**

Equipamento: Dr compact 1D

No/Série: PAFGX301001

**1 – CONTEÚDO E PRAZO DE GARANTIA**

Este TERMO DE GARANTIA é uma vantagem adicional ao que a lei determina, oferecida ao primeiro COMPRADOR.

O presente termo de garantia expedido pelo fabricante estabelece os limites de qualidade, funcionamento, e eficiência de cada produto, porém, para que o mesmo tenha **VALIDADE É IMPRESCINDÍVEL** o preenchimento deste e que nenhuma das condições seja violada, mormente, no que diz respeito às formas de utilização e manutenção do produto, do contrário o que está neste expresso deixa de ter efeito qualquer.

Este produto foi projetado e fabricado, procurando atender plenamente às suas necessidades, para tanto, é importante que este termo, o manual de pré-instalação e o manual do Usuário sejam lidos atentamente. A embalagem somente poderá ser aberta, pela equipe credenciada VMI, e, sob qualquer hipótese deverá ser preservado os manuais e todos os demais acessórios que acompanham o produto.

A VMI – Indústria e Comércio Ltda., assegura AO PRIMEIRO COMPRADOR usuário deste produto, identificado pelo número de série na última página deste manual, a garantia contra vícios e/ou defeitos de fabricação ou de material, que o torne impróprio ou inadequado ao uso a que se destina pelo prazo de 15 (quinze) meses (incluído período da Garantia Legal), contados a partir da data da emissão da Nota Fiscal de Venda OU 12 (DOZE) meses (incluído período da Garantia Legal), contados a partir da instalação e/ou montagem do equipamento que será comprovada pela O.S. assinada pelo técnico responsável, O QUE OCORRER PRIMEIRO.

A garantia suplementar ora concedida, nunca excederá o período de **15 (quinze) meses** contados da data da emissão da nota fiscal de venda, sendo certo que se a instalação ocorrer depois de passados **3 (três) meses**, a garantia será contada sobre a diferença do período máximo contratual, ou seja **15 (quinze) meses** subtraído da data da instalação. Ex: instalação 5º mês da emissão da nota fiscal - PERÍODO DE GARANTIA = 15 (quinze) meses (período da garantia integral) – 5 (cinco) meses período da efetiva compra e instalação = 10 (dez) meses (GARANTIA CONTRATUAL).

Exceção-se da garantia padrão, os tubos a vácuo que obedecerão aos critérios específicos abaixo discriminados, contando-se o prazo de garantia a partir da data da emissão da nota fiscal de venda:

- Tubos de Raios-X diagnóstico – prazo de 06 (seis) meses, crédito pro rata temporis (incluído período da garantia legal);
- Intensificadores de Imagem – prazo de 06 (seis) meses, crédito pro rata temporis (incluído período da garantia legal);
- Cinescópios – prazo de 06 (seis) meses, crédito pro rata temporis (incluído período da garantia legal);
- Detectores – prazo de 06 (seis) meses, crédito pro rata temporis (incluído período da garantia legal);
- Flat Panel – prazo de 06 (seis) meses, crédito pro rata temporis (incluído período da garantia legal);

O atendimento em garantia somente será realizado mediante a apresentação deste termo e da Nota fiscal de Venda

São de responsabilidade do **FABRICANTE** as despesas relativas aos serviços que envolvam os **DEFEITOS/VÍCIOS** somente nos casos em que for constatado defeito de fabricação.

**II – FORMA E LOCAL DA GARANTIA**

Para usufruir desta garantia o COMPRADOR deverá consultar a Unidade de Atendimento ao Cliente, sobre o serviço de assistência técnica mais conveniente.

A assistência técnica credenciada VMI, a critério exclusivo, poderá realizar o reparo in loco, ou encaminhar o equipamento para fábrica.

**PHILIPS**

## II – DA INSTALAÇÃO E MONTAGEM

A instalação e montagem do equipamento são realizadas sem ônus para o COMPRADOR, caso sejam realizadas no período de 12 (doze) meses da efetiva entrega do produto (data da emissão da Nota Fiscal de Venda).

Caso a montagem e instalação do produto ocorram após o prazo de 12 (doze) meses de sua efetiva entrega, será cobrado do COMPRADOR, o ônus decorrente da montagem e instalação (despesas de viagem, hospedagem, alimentação, deslocamentos, hora técnica e etc.).

## EXTINÇÃO DA GARANTIA

A garantia fica automaticamente invalidada, se:

- a) não for apresentado o recibo de venda juntamente com este termo devidamente preenchido;
- b) o produto for ligado em rede elétrica fora dos padrões especificados ou sujeita a flutuação excessiva de voltagem;
- c) o produto tiver seu lacre violado, for aberto para conserto, manuseado ou tiver o circuito original alterado por técnico não credenciado;
- d) o número de série do produto for removido ou alterado;
- e) o produto for utilizado em ambientes com umidade excessivas, altas/baixas temperaturas, poeira etc;
- f) o produto sofrer qualquer dano por acidente, ou agente da natureza (raio, enchente, etc), uso de produto químico para limpeza;
- g) houver danos à parte externa do produto (gabinete, painel, acabamentos, botões, etc.), bem como acessórios sujeitos a quebra causada por maus tratos;
- h) manuseio inadequado, indevido aos fins a que se destina, em desacordo com as recomendações do Manual de Instruções;
- i) o produto não instalado e montado, que estiver alterado, adulterado e/ou avariado;
- j) se receber atendimento técnico por pessoal não credenciado ou autorizado pelo fabricante.

As especificações para instalação do equipamento obedecerão às normas indicadas no manual de pré-instalação enviado pela VENDEDORA ao COMPRADOR.

O não cumprimento destas normas, além de colocar em risco o paciente, operador e equipamento, cancelam a garantia do fabricante.

### SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE:

Fone: (55) (31) 3681.9560.

Fax: (55) (31) 3681.9565.

Data da Emissão da Nota Fiscal de Venda: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N°. da Nota Fiscal \_\_\_\_\_

Data da Montagem: 03/10/18

A garantia terá início a partir de 03/10/18 até 02/10/19.

Data: 03/10/18

Local: Associação Pró Saúde do Parecis/105

André R. de Oliveira  
VMI – INDÚSTRIA E COMÉRCIO LTDA.

ASSINATURA DO CLIENTE – FUNÇÃO.  
CARIMBO

Tarcísio Moreira de Oliveira  
CPF: 335.892.166-20  
Diretor Administrativo

COD.: FOR.03.33.MAV\_04R 2/2

# PHILIPS

Philips Medical Systems Ltda.

Avenida Marcos Penteado de Uliã Rodrigues, 401, Parte 39  
Bairro: Tambore, CEP.: 06460040,  
Barueri, SP - Brasil  
TEL.: 3599895814

## DANFE

Documento Auxiliar da  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

Nº: 271632

SÉRIE: 14

FOLHA: 1/1

## CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

3518 0958 2952 1300 0178 5501 4000 2716 3219 6585 0809

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
[www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no site da Sefaz Autorizadora

## NATUREZA DA OPERAÇÃO

Outra saída merc

## INSCRIÇÃO ESTADUAL

206098218116

INSC. EST. SUBST. TRANSF.

136876323

## DESTINATÁRIO/REMITENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

MUNICÍPIO DE CAMPO NOVO DO PARECIS

## ENDEREÇO

AV MATO GROSSO, 66 NE

## MUNICÍPIO

CAMPO NOVO DO PARECIS

## FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

FAZENDA

CÂMARA MUNICIPAL  
Campo Novo do Parecis-MT.  
FI Nº. 21

56x38x48

## DADOS ADICIONAIS

REMESSA PARA TESTE | Cliente: 0094592386 / Doc.Vend.: 0123256551 / Org.Vendas: BR93 / Canal Dist.: BR / Esc.Vendas: BSA /  
Referência: 0812395161 / Referência: / Faturamento: 0937405555 / Ped.Cliente: 47545737 / Rota: / Entrega: / Volume: 0,000 / Vol.UM.:  
M3-AUTORIZADO CONFORME PROTOCOLO 51.253.994790/2017 | Cliente: CENTRO HOSP PARECIS EUCLIDES HORST | CNPJ: / Endereço: AV BRASIL,  
1659NE | Bairro: CENTRO | Cidade: PARECIS | Cep: 78360000 | UF: MT | Bloco e Andar: / Contato: Marco Birk | Obs: / Setor: /  
Telefone: 65 33825100 | / Op. Interestadual para n o contribuinte do ICMS Al g. ICMS UF destino R\$ 17,00 Valor total do DIFAL  
R\$ 0,27 - Valor DIFAL UF de origem R\$ 0,06 - Valor DIFAL UF destino R\$ 0,21 - Valor FCP UF destino R\$ 0,00 /AUTORIZADO CONFORME  
PROTOCOLO 51.253.994790/2017 | / Cliente: CENTRO HOSP PARECIS EUCLIDES HORST | CNPJ: / Endereço: AV BRASIL, 1659NE | Bairro:  
CENTRO | Cidade: PARECIS | Cep: 78360000 | UF: MT | Bloco e Andar: / Contato: Marco Birk | Obs: / Setor: /

# PHILIPS

Philips Medical Systems Ltda.

Avenida Marcos Penteado de Ulhôa Rodrigues, 401, Parte 39  
Bairro: Tamboré CEP.: 06460040,  
Barueri, SP - Brasil  
TEL.: 3599895814

DANFE

Documento Auxiliar da  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 ENTRADA  
1 SAÍDA

Nº: 271632

SÉRIE: 14

FOLHA: 1/1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO  
3518 0958 2952 1300 0178 5501 4000 2716 3219 6585 0809

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
Outra saída merc. prest. serv. nro especificado

PROTOCOLO DE AUTENTICAÇÃO DE USO  
135180644415861 2018-09-20 18:57:08-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
206098218116

INSC. EST. SUBST. TRIBUT.  
136876323

CPF  
58.295.213/0001-78

DISTRIBUIDOR/REPRESENTANTE

NOME / RAZÃO SOCIAL  
MUNICÍPIO DE CAMPO NOVO DO PARECIS

CPF / CPT  
24.772.287/0001-36

DATA DA EMISSÃO  
20/09/2018 18:54:14

ENDEREÇO  
AV MATO GROSSO, 56 NE

BALANÇO  
CENTRO

CPF  
78360-000

DATA DE SAÍDA / ENTRADA  
20/09/2018

MUNICÍPIO  
CAMPO NOVO DO PARECIS

TELEFONE / FAX  
(55) 6533-8251

UF  
MT

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA  
21:56:10

TABUADA

| FATURA / DUPLICATA | VENCIMENTO | VALOR | FATURA / DUPLICATA | VENCIMENTO | VALOR | FATURA / DUPLICATA | VENCIMENTO | VALOR |
|--------------------|------------|-------|--------------------|------------|-------|--------------------|------------|-------|
|                    |            |       |                    |            |       |                    |            |       |

VALOR POR EXTENSO:  
Dois Reais e Setenta e Um Centavos

CÁLCULO DO IMPOSTO

|                                 |                         |                                              |                                    |                                  |
|---------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS<br>2,71 | VALOR DO ICMS<br>0,19   | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>2,46 |
| VALOR DO FRETE<br>0,00          | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>0,00                             | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR DO IPT<br>0,25             |
|                                 |                         |                                              |                                    | VALOR TOTAL DA NOTA<br>2,71      |

ETIQUETADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

|                                                   |                                 |              |                      |          |                                       |
|---------------------------------------------------|---------------------------------|--------------|----------------------|----------|---------------------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>AEROSOF CARGAS AERÉAS LTDA | FRETE POR CONTA<br>0 - Emitente | DÍGITO ANTE. | PLACA DO VEÍCULO     | UF<br>MT | CPF / CPT<br>01.014.373/0002-65       |
| ENDEREÇO<br>AVENIDA DAMASCENO V. 109, ANEXO 135   | MUNICÍPIO<br>SAO PAULO          |              |                      | UF<br>SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>114.686.017.111 |
| QUANT. DATA<br>2                                  | ESPÉCIE<br>VOLUME (S)           | MARCA        | PESO BRUTO<br>10,892 |          | PESO LÍQUIDO<br>10,767                |

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

| C. D. PRODUTO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS                                      | CST | NCM/SH   | CST | CFOP | UN. | QTD  | P. UNITÁRIO | V. TOTAL | N.C. ST | Vl. ICMS | N.C. ICMS | V. ICMS | VALOR IPT | ALÍQUOTAS<br>ICMS IPT |
|---------------|------------------------------------------------------------------------|-----|----------|-----|------|-----|------|-------------|----------|---------|----------|-----------|---------|-----------|-----------------------|
| 459801438621  | FORTE CH.150W IN 90.264VAC OUT 48VDC Equipamentos : 000000000170550216 |     | 85044090 | 000 | 6949 | PCE | 1,00 | 1,24000     | 1,24     | 0,00    | 0,00     | 1,43      | 0,10    | 0,19      | 7,0 15,0              |
| 459801404621  | KIT WORKSTATION ELEVA-ANS TX Equipamentos : 000000000405088017         |     | 90229090 | 000 | 6949 | PCE | 1,00 | 1,22000     | 1,22     | 0,00    | 0,00     | 1,28      | 0,09    | 0,06      | 7,0 5,0               |

DADOS ADICIONAIS

REMESSA PARA TESTE | Cliente: 0094592386 / Doc.Venda: 0125256551 / Org.Vendas: BR93 / Canal Dist.: BR / Esc.Vendas: BR93 / Remessa: 0812395161 / Referência: / Faturamento: 0937405555 | Ped.Cliente: 47545737 / Rota: / Entrega: / Volume: 0.000 / Vol.UM.: 137 / AUTORIZADO CONFORME PROTOCOLO 51.253.994790/2017 | | Cliente: CENTRO HOSP PARECIS EUCLIDES HORST | CNPJ: | Endereço: AV BRASIL, 1669NE | Bairro: CENTRO | Cidade: PARECIS | Cep: 78360000 | UF: MT | Bloco e Andar: | Contato: Marco Birk | Obs: | Setor: | Telefone: 65 33825100 | | Op. Interessada para n o contribuinte do ICMS Al q. ICMS UF destino R\$ 17.00 Valor total do DIFAL R\$ 0,27 - Valor DIFAL UF de origem R\$ 0,06 - Valor DIFAL UF Destino R\$ 0,21 - Valor FCP UF Destino R\$ 0,00 /AUTORIZADO CONFORME PROTOCOLO 51.253.994790/2017 | | Cliente: CENTRO HOSP PARECIS EUCLIDES HORST | CNPJ: | Endereço: AV BRASIL, 1669NE | Bairro: CENTRO | Cidade: PARECIS | Cep: 78360000 | UF: MT | Bloco e Andar: | Contato: Marco Birk | Obs: | Setor: | Telefone: 65 33825100

RESERVADO AO FISCO

56x38x48

CÂMARA MUNICIPAL  
Campo Novo do Parecis-MT.  
Fl. Nº. 22

**Relatório de Atendimento Técnico (RAT)**

**520**

Cliente: Associação PRÓ-Saúde

Filial: \_\_\_\_\_

**CÂMARA MUNICIPAL**

Campo Novo do Parecis-MT.

FI Nº 23

Endereço: Av Brasil

Cidade: Campo Novo do P. UF: MT Tel: \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_

**Nº de Série:**

Data Início: 23 / 04 / 18 Hr: 7 : 00

Data Final: 23 / 04 / 18 Hr: 16 : 00

Equipamento em Garantia: ( ) Sim ( ☒ ) Não

Instalação ( ☒ ) Manutenção ( ) Remanejamento ( )

• Tensão da Rede Elétrica: ( ) 127V ( ☒ ) 220V ( ) 380V  
( ) 13.8 KV ( ) 34.5 KV

• Falta de Rede Elétrica exclusiva para o equipamento: ( )

• Defeito, falhas ou danos ocasionados por problemas elétricos ou lógicos: ( )

KM Saída: \_\_\_\_\_

KM Chegada: \_\_\_\_\_

Motorista: Fernando C. Bonança

Descrição do problema encontrado:

Falta de quadro de comando para o motor compact pendulum (Rolo)

Descrição dos Serviços Executados:

Instalação e manutenção e montagem da mesma.

Material Utilizado:

1 disjutor, 1 DR, Bussento de cobre, cabo 25mm², cabo 6mm², Borda, disjutor técnico, terminais todos o material p/ o comando.

Obs:

Serviço sem garantia por falta de PE aterramento.

Os serviços executados conforme consta na O.S. deixaram o equipamento em condições normais de funcionamento.

Ateste: Carimbo e Assinatura

(Obs: caso não utilizar carimbo, favor preencher com nome legível)

Fernando C. Bonança

Técnico

0800 SERVICE

0800 737 8423

PHILIPS

Ordem de Serviço Nº \_\_\_\_\_

Número da SWO / Número da Operação

( ) Interno

(X) Externo

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IS Nº 290050

Cliente: Centro Hospitalar Parecis Norst

Equipamento: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Nº de Série: \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_

Depto: \_\_\_\_\_

| DATA | INÍCIO | TÉRMINO | HORAS<br>TRABALHO | HORAS<br>VIAGENS |
|------|--------|---------|-------------------|------------------|
|      |        |         |                   |                  |
|      |        |         |                   |                  |
|      |        |         |                   |                  |
|      |        |         |                   |                  |
|      |        |         |                   |                  |
|      |        |         |                   |                  |
|      |        |         |                   |                  |
|      |        |         |                   |                  |

| Atividade             | Defeito                |
|-----------------------|------------------------|
| ( ) Instalação        | ( ) Elétrico           |
| ( ) Garantia          | ( ) Mecânico           |
| ( ) Corretivo         | ( ) Orientação         |
| ( ) FCO               | ( ) Software           |
| ( ) Preventivo        | ( ) Agente externo     |
| ( ) Revisão Originais | ( ) Outros Discriminar |
| ( ) Comercial         |                        |
| ( ) Outros            |                        |

Descrição do Chamado:

Orientação Sobre adequações da Sala de raios-x.

Descrição dos Serviços Executados:

Foi visitado a Sala e identificado a necessidade das seguintes adequações: instalação da consoleta no piso conforme projeto; adequação do Quadro de carga; aquisição de um desumidificador; realização do reforço de concreto na parede e no piso conforme projeto; construção do biombos de alvenaria; instalação da bancada e pontos de rede abaixo da bancada; instalação da eletroduto e fios da lâmpada de sinalização; desinstalação completa do aparelho.

Ferramentas Calibráveis Utilizadas:

| Ferramenta | Modelo | Serial Number | Data da Calibração |
|------------|--------|---------------|--------------------|
|            |        |               |                    |
|            |        |               |                    |

| Ferramenta | Modelo | Serial Number | Data da Calibração |
|------------|--------|---------------|--------------------|
|            |        |               |                    |
|            |        |               |                    |

Materiais Utilizados:

| Qtde. | Descrição | NF | P/N Aplicado | S/N Aplicado | P/N Retirado | S/N Retirado |
|-------|-----------|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |

Trabalho Concluído Sim ( ) Não ( ) Aguardando Peças ( )

Dados do Engenheiro / Técnico:

Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Dados do Cliente:

Nome: TARCISIO MORGINA DE OLIVEIRA

Cargo: DIRETOR

Assinatura: \_\_\_\_\_

RG: M-1660180



ESTADO DE MATO GROSSO

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO NOVO DO PARECIS - MT.

AVENIDA MATO GROSSO, Nº 66, CENTRO, CAMPO NOVO DO PARECIS - MATO GROSSO

CNPJ: 24.772.287/0001-36

## ORDEN DE PAGAMENTO - RESTOS A PAGAR

NÚMERO/ANO: 00013056/2018 REALIZADO EM: 11/10/2018 REF. EMPENHO: 00007874/2017 REF. LIQUIDAÇÃO: 00012861/2018

## DOTAÇÃO

CÓDIGO REDUZIDO: 1146  
ÓRGÃO: 10 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE: 001 GABINETE DA SECRETARIA DE SAÚDE  
FUNCIONAL PROGRAMÁTICA: 10.122.0023.2090 AQUISIÇÃO DE BENS MÓVEIS, UTENSÍLIOS E EQUIPAMENTOS DA SECRETARIA DE SA  
ELEMENTO DA DESPESA: 4.4.90.52.00.00 EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE  
SUBELEMENTO: 08 APARELHOS, EQUIP., UTENS.MÉDICO-ODONTOLÓGICO, LABOR.E HOSPITALAR  
FONTE DE RECURSO: 0.3.00.000000 RECURSOS LIVRES - SEM DESTINAÇÃO DE RECURSOS - EXERCÍCIOS ANTERIORES

## CREDOR

CÓDIGO: 58932 PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA  
ENDEREÇO: RUA OTTO SALGADO  
BAIRRO: DISTRITO INDUSTRIAL CLAUDIO GALVAO NOGUEIRA  
CIDADE: VARGINHA

CPF/CNPJ: 58.295.213/0021-11

NÚMERO:

CEP: 37066440

UF: MG

Banco: 001

Agência: 3400-2

Conta: 5549

Digito: 2

## DESCRIÇÃO

PAGAMENTO DE DESPESAS COM AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO DE RAO X DIGITAL FIXO BASEADO NA ADESÃO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS 112/2017, DO PREGÃO ELETRÔNICO 133/2017 DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIAS.CONFORME CONTRATO DE FORNECIMENTO Nº 097/2017. EM ANEXO NFE 5406

## VALORES

SALDO DA LIQUIDAÇÃO: 241.000,00

PAGA-SE PELA QUANTIA DE:

VALOR DO PAGAMENTO: 241.000,00

\*\* DUZENTOS E QUARENTA E UM MIL REAIS\*\*

SALDO ATUAL DA LIQUIDAÇÃO: 0,00

LÍQUIDO A PAGAR

241.000,00

## DADOS FINANCEIROS

| CONTA BANCÁRIA                       | Nº DA CONTA | DOCUMENTO         | NÚMERO | VALOR      |
|--------------------------------------|-------------|-------------------|--------|------------|
| 204 B.BRASIL CTA MOVIMENTO 101.710-1 | 101710-1    | DÉBITO AUTOMÁTICO | 1110   | 241.000,00 |

\_\_\_\_\_  
JAIME LUIS OTT  
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE FINANÇAS

\_\_\_\_\_  
FABIANA RODRIGUES DE OLIVEIRA ANTUNES  
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA MENCIONADA CONSTANTE DA ORDEM SUPRA, DA QUAL PASSO(AMOS) A PRESENTE QUITAÇÃO.

\_\_\_\_\_  
PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA  
58.295.213/0021-11

Incluído por: ELENÍ TEIXEIRA BELAI



ESTADO DE MATO GROSSO

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO NOVO DO PARECIS - MT.

AVENIDA MATO GROSSO, Nº 66, CENTRO, CAMPO NOVO DO PARECIS - MATO GROSSO

CNPJ:

**NOTA DE LIQUIDACÃO - RESTOS A PAGAR**

NÚMERO/ANO: **12861/2018** REALIZADO EM: **11/10/2018** REF. EMPENHO: **7874/2017 ORDINÁRIO**

**DOTACÃO**

CÓDIGO REDUZIDO: 1146  
ÓRGÃO: 10  
UNIDADE: 001  
FUNCIONAL PROGRAMÁTICA: 10.122.0023.2090  
ELEMENTO DA DESPESA: 4.4.90.52.00.00  
SUBELEMENTO: 08  
FONTE DE RECURSO: 0.3.00.000000

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
GABINETE DA SECRETARIA DE SAÚDE  
AQUISIÇÃO DE BENS MÓVEIS, UTENSÍLIOS E EQUIPAMENTOS DA SECRETARIA DE SAÚDE  
EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE  
APARELHOS, EQUIP., UTENS.MÉDICO-ODONTOLÓGICO, LABOR.E HOSPITALAR  
**RECURSOS LIVRES - SEM DESTINAÇÃO DE RECURSOS - EXERCÍCIOS ANTERIORES**

**PROCESSO DE COMPRA**

PROCESSO DE COMPRA: 00008382/20 PROCESSO LICITATÓRIO: 00000229/20 TIPO PROC. COMPRA: CONTRATO  
MODALIDADE: ADESÃO À ARP Nº MODALIDADE: 00000101/2017  
CONTRATO: 00000097/2017 TIPO: 02 - COMPRA  
NAD: 8382/1/4

**CREDOR**

CÓDIGO: 58932 PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA CPF/CNPJ: 58.295.213/0021-11  
ENDEREÇO: RUA OTTO SALGADO NÚMERO:  
BAIRRO: DISTRITO INDUSTRIAL CLAUDIO GALVAO NOGUEIRA CEP: 37066440  
CIDADE: VARGINHA UF: MG  
Banco: Agência: Conta: Dígito:

**DESCRIÇÃO**

LIQUIDACÃO DE DESPESAS COM AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO DE RAO X DIGITAL FIXO BASEADO NA ADESÃO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS 112/2017, DO PREGÃO ELETRÔNICO 133/2017 DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIAS.CONFORME CONTRATO DE FORNECIMENTO Nº 097/2017. EM ANEXO NFE 5406

**VALORES**

LIQUIDA-SE PELA QUANTIA DE:  
VALOR DA LIQUIDACÃO: **241.000,00** \*\* DUZENTOS E QUARENTA E UM MIL REAIS\*\*  
SALDO A LIQUIDAR: **0,00**

**DOCUMENTOS FISCAIS**

| DOCUMENTO FISCAL | NÚMERO | SÉRIE | DATA       | VALOR      |
|------------------|--------|-------|------------|------------|
| NF-e (ICMS)      | 5406   | 2     | 16/02/2018 | 241.000,00 |
| TOTAL:           |        |       |            | 241.000,00 |

RESPONSÁVEL DO ATESTO: 2596 ELAINE APARECIDA DA SILVA  
RESPONSÁVEL PELA LIQUIDACÃO: 3306 GISELI PRECILA MACHNIEVCZ

FABIANA RODRIGUES DE OLIVEIRA ANTUNES  
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Incluído por: GISELI PRECILA MACHNIEVCZ



**ESTADO DE MATO GROSSO**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO NOVO DO PARECIS - MT.**

AVENIDA MATO GROSSO, Nº 66, CENTRO, CAMPO NOVO DO PARECIS - MATO GROSSO  
 CNPJ: 24.772.287/0001-36

*Em anexo 06/02/17*

**NOTA DE EMPENHO**

NÚMERO: 7874/2017 TIPO DO EMPENHO: ORDINÁRIO DATA DO EMPENHO: 29/12/2017

**PROCESSO DE COMPRA**

PROCESSO DE COMPRA: 00008382/2017  
 PROCESSO LICITATÓRIO: 00000229/2017  
 MODALIDADE: ADESÃO À ARP  
 Nº MODALIDADE: 00000101/2017  
 TIPO PROC. COMPRA: CONTRATO  
 CONTRATO: 00000097/2017 TIPO: 02 - COMPRA

**DOTAÇÃO**

CÓDIGO REDUZIDO: 1146  
 ÓRGÃO: 10 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 UNIDADE: 001 GABINETE DA SECRETARIA DE SAÚDE  
 FUNCIONAL PROGRAMÁTICA: 10.122.0023.2090 AQUISIÇÃO DE BENS MÓVEIS, UTENSÍLIOS E EQUIPAMENTOS DA SECRETARIA DE SAÚDE  
 ELEMENTO DA DESPESA: 4.4.90.52.00.00 EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE  
 SUBELEMENTO: 08 APARELHOS, EQUIP., UTENS.MÉDICO-ODONTOLÓGICO, LABOR.E HOSPITALAR  
 FONTE DE RECURSO: 0.3.00.000000 RECURSOS LIVRES - SEM DESTINAÇÃO DE RECURSOS - EXERCÍCIOS ANTERIORES

**CREADOR**

CÓDIGO: 58932 PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA CPF/CNPJ: 58.295.213/0021-11  
 ENDEREÇO: RUA OTTO SALGADO NÚMERO:  
 BAIRRO: DISTRITO INDUSTRIAL CLAUDIO GALVAO NOGUEIRA CEP: 37066440  
 CIDADE: VARGINHA UF: MG  
 Banco: Agência: Conta: Dígito:

**DESCRIÇÃO**

DESPESAS COM AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO DE RAO X DIGITAL FIXO BASEADO NA ADESÃO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS 112/2017, DO PREGÃO ELETRÔNICO 133/2017 DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIAS.CONFORME CONTRATO DE FORNECIMENTO Nº 097/2017.

**ITENS**

| ITEM | QTD    | ESPECIFICAÇÃO                                                                                                                                                          | VLR. UNITÁRIO | VLR. TOTAL   |
|------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| 1    | 1,0000 | EQUIPAMENTO DE RAO X DIGITAL: FABRICANTE PHILIPS; MODELO COMPACTU PENDULUM; GARANTIA MÍNIMA 12 (DOZE) MESES, CONTADOS A PARTIR DA INSTALAÇÃO COMPLETA DOS EQUIPAMENTOS | 241.000,0000  | 241.000,0000 |

**VALORES**

SALDO DA DOTAÇÃO: 241.000,00 EMPENHA-SE PELA QUANTIA DE:  
 VALOR DO EMPENHO: 241.000,00 \*\* DUZENTOS E QUARENTA E UM MIL REAIS \*\*  
 SALDO ATUAL: 0,00

CONTABILIZO A DESPESA CONFORME DOCUMENTOS ANEXADOS.

*[Assinatura]*  
 EMERSON DE LIMA MIRANDA  
 CONTADOR

AUTORIZO O EMPENHO DA DESPESA.

*[Assinatura]*  
 MARCOS BIRCK  
 ORDENADOR DE DESPESA



**ESTADO DE MATO GROSSO**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO NOVO DO PARECIS - MT.**

CAMPO NOVO DO PARECIS - MT, AVENIDA MATO GROSSO, Nº 66, CENTRO  
 CNPJ: 24.772.287/0001-36

Telefone: (65) 3382 5100

**NAD - NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE DESPESA Nº 8382.1.4/2017**

**PROCESSO DE COMPRA**

**SOLICITAÇÃO:** 16666/2017  
**NÚM. PROCESSO:** 00008382/2017  
**PROCESSO:**  
**COTAÇÃO:** 00001556/2017

**TIPO PROC. DE COMPRA:** COMPRA INDIRETA

**MODALIDADE:** Adesão à ARP  
**Nº MODALIDADE:** 00000101/2017

**DESCRIÇÃO:** DESPESAS COM AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO DE RAO X DIGITAL FIXO BASEADO NA ADESAO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS 112/2017, DO PREGÃO ELETRÔNICO 133/2017 DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIAS.

**LOCAL DE ENTREGA:**  
**PRAZO DE ENTREGA:** / /

**ORDEM DE FORNECIMENTO**

**NÚMERO:** 00000001/2017  
**FORNECEDOR:** 58932 PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA  
**ENDEREÇO:** RUA OTTO SALGADO  
**CIDADE:** VARGINHA  
**CEP:** 37066440  
**E-MAIL:**

**CPF/CNPJ:** 58.295.213/0021-11  
**BAIRRO:** DISTRITO INDUSTRIAL CLAI  
**UF:** MG  
**TELEFONE:**

**PRÉ - EMPENHO**

**NÚMERO:** 00000004/2017  
**ÓRGÃO:** SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
**UNIDADE:** GABINETE DA SECRETARIA DE SAÚDE

**REDUZIDO:** 00001146  
**FUNCIONAL:** 10.001.10.122.0023.2090.4490520000  
**ELEMENTO DESPESA:** 4490520000 EQUIPAMENTOS E MATERIAL

**ITENS**

| SEQ. ITEM | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                             | MARCA | UN          | QTD    | VALOR        | TOTAL      |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------|--------|--------------|------------|
| 0         | 39706 EQUIPAMENTO DE RAO X DIGITAL: FABRICANTE PHILIPS;<br>MODELO COMPACTU PENDULUM; GARANTIA MÍNIMA 12<br>(DOZE) MESES, CONTADOS A PARTIR DA INSTALAÇÃO<br>COMPLETA DOS EQUIPAMENTOS |       | UN - UNIDAD | 1,0000 | 241.000,0000 | 241.000,00 |

**VALOR A SER EMPENHADO:** 241.000,0000

**TOTAL GERAL QUANTIDADE:** 1,00

**VALOR POR EXTENSO:** DUZENTOS E QUARENTA E UM MIL REAIS

Sexta-feira, 29 de Dezembro de 2017

ALVARO JOSÉ BARBOSA  
 SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

JAIME LUIS GITT  
 SECRETÁRIO MUNICIPAL DE FINANÇAS

PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA  
 FORNECEDOR

Marcelina de Fatima Quinzani Alves  
 Assessora de Planejamento  
 Orçamentário  
 Portaria nº 1.030 2017  
 Sec. Adm e Terina  
 Portaria nº 1086/2017

APARECIDA R. DOS SANTOS BERT

Incluído Por: APARECIDA RIBEIRO DOS SANTOS BERT



**ESTADO DE MATO GROSSO**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO NOVO DO PARECIS - MT.**

AVENIDA MATO GROSSO, Nº 66, CENTRO, CAMPO NOVO DO PARECIS - MATO GROSSO

CNPJ: 24.772.287/0001-36

**ORDEN DE PAGAMENTO - RESTOS A PAGAR**

NÚMERO/ANO: 00013055/2018 REALIZADO EM: 11/10/2018 REF. EMPENHO: 00007872/2017 REF. LIQUIDAÇÃO: 00012860/2018

**DOTAÇÃO**

|                                          |                                                                         |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| CÓDIGO REDUZIDO: 574                     | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE                                           |
| ÓRGÃO: 10                                | GABINETE DA SECRETARIA DE SAÚDE                                         |
| UNIDADE: 001                             | AQUISIÇÃO DE BENS MÓVEIS, UTENSÍLIOS E EQUIPAMENTOS DA SECRETARIA DE SA |
| FUNCIONAL PROGRAMÁTICA: 10.122.0023.2090 | EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE                                      |
| ELEMENTO DA DESPESA: 4.4.90.52.00.00     | APARELHOS, EQUIP., UTENS.MÉDICO-ODONTOLÓGICO, LABOR.E HOSPITALAR        |
| SUBELEMENTO: 08                          | RECURSOS LIVRES - SEM DESTINAÇÃO DE RECURSOS                            |
| FONTE DE RECURSO: 0.1.00.000000          |                                                                         |

**CREDOR**

CÓDIGO: 58932 PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA

ENDEREÇO: RUA OTTO SALGADO

BAIRRO: DISTRITO INDUSTRIAL CLAUDIO GALVAO NOGUEIRA

CIDADE: VARGINHA

CPF/CNPJ: 58.295.213/0021-11

NÚMERO:

CEP: 37066440

UF: MG

Banco: 001

Agência: 3400-2

Conta: 5549

Digito: 2

**DESCRIÇÃO**

PAGAMENTO DE DESPESAS COM AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO DE RAO X DIGITAL FIXO BASEADO NA ADESÃO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS 112/2017, DO PREGÃO ELETRÔNICO 133/2017 DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIAS. CONFORME CONTRATO DE FORNECIMENTO Nº 097/2017. EM ANEXO NFE 5406

**VALORES**

SALDO DA LIQUIDAÇÃO: 9.603,00

PAGA-SE PELA QUANTIA DE:

VALOR DO PAGAMENTO: 9.603,00

\*\* NOVE MIL E SEISCENTOS E TRES REAIS\*\*

SALDO ATUAL DA LIQUIDAÇÃO: 0,00

LÍQUIDO A PAGAR

9.603,00

**DADOS FINANCEIROS**

| CONTA BANCÁRIA                       | Nº DA CONTA | DOCUMENTO         | NÚMERO | VALOR    |
|--------------------------------------|-------------|-------------------|--------|----------|
| 204 B.BRASIL CTA MOVIMENTO 101.710-1 | 101710-1    | DÉBITO AUTOMÁTICO | 1110   | 9.603,00 |

JAIME LUIS OTT  
 SECRETÁRIO MUNICIPAL DE FINANÇAS

FABIANA RODRIGUES DE OLIVEIRA ANTUNES  
 SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA MENCIONADA CONSTANTE DA ORDEM SUPRA, DA QUAL PASSO(AMOS) A PRESENTE QUITAÇÃO.

PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA  
 58.295.213/0021-11

Incluido por: ELENI TEIXEIRA BELAI



**ESTADO DE MATO GROSSO**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO NOVO DO PARECIS - MT.**

AVENIDA MATO GROSSO, Nº 66, CENTRO, CAMPO NOVO DO PARECIS - MATO GROSSO

CNPJ:

**NOTA DE LIQUIDACÃO - RESTOS A PAGAR**

NÚMERO/ANO: **12860/2018** REALIZADO EM: **11/10/2018** REF. EMPENHO: **7872/2017 ORDINÁRIO**

CÓDIGO REDUZIDO: 574  
 ÓRGÃO: 10  
 UNIDADE: 001  
 FUNCIONAL PROGRAMÁTICA: 10.122.0023.2090  
 ELEMENTO DA DESPESA: 4.4.90.52.00.00  
 SUBELEMENTO: 08  
 FONTE DE RECURSO: 0.1.00.000000

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 GABINETE DA SECRETARIA DE SAÚDE  
 AQUISIÇÃO DE BENS MÓVEIS, UTENSÍLIOS E EQUIPAMENTOS DA SECRETARIA DE SAÚDE  
 EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE  
 APARELHOS, EQUIP., UTENS.MÉDICO-ODONTOLÓGICO, LABOR.E HOSPITALAR  
 RECURSOS LIVRES - SEM DESTINAÇÃO DE RECURSOS

**PROCESSO DE COMPRA**

PROCESSO DE COMPRA: 00008382/20 PROCESSO LICITATÓRIO: 00000229/20 TIPO PROC. COMPRA: CONTRATO  
 MODALIDADE: ADESÃO À ARP Nº MODALIDADE: 00000101/2017  
 CONTRATO: 00000097/2017 TIPO: 02 - COMPRA  
 NAD: 8382/1/2

**CREDOR**

CÓDIGO: 58932 PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA CPF/CNPJ: 58.295.213/0021-11  
 ENDEREÇO: RUA OTTO SALGADO NÚMERO:  
 BAIRRO: DISTRITO INDUSTRIAL CLAUDIO GALVAO NOGUEIRA CEP: 37066440  
 CIDADE: VARGINHA UF: MG  
 Banco: Agência: Conta: Dígito:

**DESCRIÇÃO**

LIQUIDACÃO DE DESPESAS COM AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO DE RAO X DIGITAL FIXO BASEADO NA ADESÃO DE ATA  
 DE REGISTRO DE PREÇOS 112/2017, DO PREGÃO ELETRÔNICO 133/2017 DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO  
 ESTADO DE GOIAS. CONFORME CONTRATO DE FORNECIMENTO Nº 097/2017. EM ANEXO NFE 5406

**VALORES**

LIQUIDA-SE PELA QUANTIA DE:  
 \*\* NOVE MIL E SEISCENTOS E TRES REAIS\*\*  
 VALOR DA LIQUIDACÃO: **9.603,00**  
 SALDO A LIQUIDAR: **0,00**

**DOCUMENTOS FISCAIS**

| DOCUMENTO FISCAL | NÚMERO | SÉRIE | DATA       | VALOR    |
|------------------|--------|-------|------------|----------|
| NF-e (ICMS)      | 5406   | 2     | 16/02/2018 | 9.603,00 |
| TOTAL:           |        |       |            | 9.603,00 |

RESPONSÁVEL DO ATESTO: 2596 ELAINE APARECIDA DA SILVA  
 RESPONSÁVEL PELA LIQUIDACÃO: 3306 GISELI PRECILA MACHNIEVCZ

FABIANA RODRIGUES DE OLIVEIRA ANTUNES  
 SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Incluído por: GISELI PRECILA MACHNIEVCZ



**ESTADO DE MATO GROSSO**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO NOVO DO PARECIS - MT.**

AVENIDA MATO GROSSO, Nº 66, CENTRO, CAMPO NOVO DO PARECIS - MATO GROSSO  
 CNPJ: 24.772.287/0001-36

*Emat 06/02/18*

**NOTA DE EMPENHO**

NÚMERO: 7872/2017

TIPO DO EMPENHO: ORDINÁRIO

DATA DO EMPENHO: 29/12/2017

**PROCESSO DE COMPRA**

PROCESSO DE COMPRA: 00008382/2017  
 PROCESSO LICITATÓRIO: 00000229/2017  
 MODALIDADE: ADESÃO À ARP  
 Nº MODALIDADE: 00000101/2017  
 TIPO PROC. COMPRA: CONTRATO  
 CONTRATO: 00000097/2017 TIPO: 02 - COMPRA

**DOTAÇÃO**

CÓDIGO REDUZIDO: 574  
 ÓRGÃO: 10 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 UNIDADE: 001 GABINETE DA SECRETARIA DE SAÚDE  
 FUNCIONAL PROGRAMÁTICA: 10.122.0023.2090 AQUISIÇÃO DE BENS MÓVEIS, UTENSÍLIOS E EQUIPAMENTOS DA SECRETARIA DE SAÚDE  
 ELEMENTO DA DESPESA: 4.4.90.52.00.00 EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE  
 SUBELEMENTO: 08 APARELHOS, EQUIP., UTENS.MÉDICO-ODONTOLÓGICO, LABOR.E HOSPITALAR  
 FONTE DE RECURSO: 0.1.00.000000 RECURSOS LIVRES - SEM DESTINAÇÃO DE RECURSOS

**CREDOR**

CÓDIGO: 58932 PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA CPF/CNPJ: 58.295.213/0021-11  
 ENDEREÇO: RUA OTTO SALGADO NÚMERO:  
 BAIRRO: DISTRITO INDUSTRIAL CLAUDIO GALVAO NOGUEIRA CEP: 37066440  
 CIDADE: VARGINHA UF: MG  
 Banco: Agência: Conta: Dígito:

**DESCRIÇÃO**

DESPESAS COM AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO DE RAO X DIGITAL FIXO BASEADO NA ADESÃO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS 112/2017, DO PREGÃO ELETRÔNICO 133/2017 DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIAS.  
 CONFORME CONTRATO DE FORNECIMENTO Nº 097/2017.

**ITENS**

| ITEM | QTD    | ESPECIFICAÇÃO                                                                                                                                                          | VLR. UNITÁRIO | VLR. TOTAL |
|------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|
| 1    | 1,0000 | EQUIPAMENTO DE RAO X DIGITAL: FABRICANTE PHILIPS; MODELO COMPACTU PENDULUM; GARANTIA MÍNIMA 12 (DOZE) MESES, CONTADOS A PARTIR DA INSTALAÇÃO COMPLETA DOS EQUIPAMENTOS | 9.603,0000    | 9.603,0000 |

**VALORES**

SALDO DA DOTAÇÃO: 15.943,00  
 VALOR DO EMPENHO: 9.603,00  
 SALDO ATUAL: 6.340,00

EMPENHA-SE PELA QUANTIA DE:  
 \*\* NOVE MIL E SEISCENTOS E TRES REAIS \*\*

CONTABILIZO A DESPESA CONFORME DOCUMENTOS ANEXADOS.

*Emerson de Lima Miranda*  
 CONTADOR

AUTORIZO O EMPENHO DA DESPESA.  
*Marcos Birk*  
 MARCOS BIRCK  
 ORDENADOR DE DESPESA



**ESTADO DE MATO GROSSO**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO NOVO DO PARECIS - MT.**

CAMPO NOVO DO PARECIS - MT, AVENIDA MATO GROSSO, Nº 66, CENTRO  
 CNPJ: 24.772.287/0001-36

Telefone: (65) 3382 5100

**NAD - NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE DESPESA Nº 8382.1.2/2017**

**PROCESSO DE COMPRA**

**SOLICITAÇÃO:** 16666/2017  
**NÚM. PROCESSO:** 00008382/2017  
**PROCESSO:**  
**COTAÇÃO:** 00001556/2017

**TIPO PROC. DE COMPRA:** COMPRA INDIRETA

**MODALIDADE:** Adesão à ARP  
**Nº MODALIDADE:** 00000101/2017

**DESCRIÇÃO:** DESPESAS COM AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO DE RAO X DIGITAL FIXO BASEADO NA ADESÃO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS 112/2017, DO PREGÃO ELETRÔNICO 133/2017 DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS.

**LOCAL DE ENTREGA:**  
**PRAZO DE ENTREGA:** / /

**ORDEN DE FORNECIMENTO**

**NÚMERO:** 00000001/2017  
**FORNECEDOR:** 58932 PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA  
**ENDEREÇO:** RUA OTTO SALGADO  
**CIDADE:** VARGINHA  
**CEP:** 37066440  
**E-MAIL:**

**CPF/CNPJ:** 58.295.213/0021-11  
**BAIRRO:** DISTRITO INDUSTRIAL CLAU  
**UF:** MG  
**TELEFONE:**

**PRÉ - EMPENHO**

**NÚMERO:** 00000002/2017  
**ÓRGÃO:** SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
**UNIDADE:** GABINETE DA SECRETARIA DE SAÚDE

**REDUZIDO:** 00000574  
**FUNCIONAL:** 10.001.10.122.0023.2090.4490520000  
**ELEMENTO DESPESA:** 4490520000 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

**ITENS**

| SEQ. ITEM | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                       | MARCA | UN          | QTD    | VALOR      | TOTAL    |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------|--------|------------|----------|
| 0 39706   | EQUIPAMENTO DE RAO X DIGITAL; FABRICANTE PHILIPS;<br>MODELO COMPACTU PENDULUM; GARANTIA MÍNIMA 12<br>(DOZE) MESES, CONTADOS A PARTIR DA INSTALAÇÃO<br>COMPLETA DOS EQUIPAMENTOS |       | UN - UNIDAD | 1,0000 | 9.603,0000 | 9.603,00 |

**VALOR A SER EMPENHADO:** 9.603,0000

**TOTAL GERAL QUANTIDADE:** 1,00

**VALOR POR EXTENSO:** NOVE MIL E SEISCENTOS E TRES REAIS

Sexta-feira, 29 de Dezembro de 2017

**ALVARO JOSE BARBOSA**  
 SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

**JAIME LUIS OFF**  
 SECRETÁRIO MUNICIPAL DE FINANÇAS

**PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA**  
**FORNECEDOR**

Marcelina de Fatima Quinzani Alves  
 Assessora de Planejamento  
 Orçamentário  
 Portaria nº 1.030 2017  
 Seg. ADM Interna  
 Portaria nº 1086/2017

**APARECIDA R. DOS SANTOS BERTO**

Incluído Por: APARECIDA RIBEIRO DOS SANTOS BERT



**ESTADO DE MATO GROSSO**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO NOVO DO PARECIS - MT.**

AVENIDA MATO GROSSO, Nº 66, CENTRO, CAMPO NOVO DO PARECIS - MATO GROSSO

CNPJ: 24.772.287/0001-36

**ORDEN DE PAGAMENTO**

NÚMERO/ANO: 00013054/2018 REALIZADO EM: 11/10/2018 REF. EMPENHO: 00006866/2018 REF. LIQUIDAÇÃO: 00012859/2018

**DOTAÇÃO**

CÓDIGO REDUZIDO: 1241  
 ÓRGÃO: 10  
 UNIDADE: 001  
 FUNCIONAL PROGRAMÁTICA: 10.122.0008.20083  
 ELEMENTO DA DESPESA: 4.4.90.52.00.00  
 SUBELEMENTO: 08  
 FONTE DE RECURSO: 0.3.00.000000

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
 AQUISIÇÃO DE BENS MÓVEIS, UTENSÍLIOS E EQUIPAMENTOS DA SECRETARIA DE SA  
 EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE  
 APARELHOS, EQUIP., UTENS. MÉDICO-ODONTOLÓGICO, LABOR. E HOSPITALAR  
 RECURSOS ORDINÁRIOS -EXERC. ANTERIOR

**CREDOR**

CÓDIGO: 58932 PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA  
 ENDEREÇO: RUA OTTO SALGADO  
 BAIRRO: DISTRITO INDUSTRIAL CLAUDIO GALVAO NOGUEIRA  
 CIDADE: VARGINHA

CPF/CNPJ: 58.295.213/0021-11

NÚMERO:

CEP: 37066440

UF: MG

Banco: 001

Agência: 3400-2

Conta: 5549

Digito: 2

**DESCRIÇÃO**

PAGAMENTO DE DESPESAS COM CONTRATO DE FORNECIMENTO Nº 097/2017 REFERENTE A AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO DE RAIOS X DIGITAL FIXO BASEADO NA ADESÃO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS 112/2017, DO PREGÃO ELETRÔNICO 133/2017 DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIAS.(EMPENHO 7873/29-12-2017 ANULADO PARA ALTERAÇÃO DA FONTE DE RECURSOS).

**VALORES**

SALDO DA LIQUIDAÇÃO: 59.397,00

PAGA-SE PELA QUANTIA DE:

VALOR DO PAGAMENTO: 59.397,00 \*\* CINQUENTA E NOVE MIL E TREZENTOS E NOVENTA E SETE REAIS\*\*

SALDO ATUAL DA LIQUIDAÇÃO: 0,00

LÍQUIDO A PAGAR

59.397,00

**DADOS FINANCEIROS**

| CONTA BANCÁRIA                       | Nº DA CONTA | DOCUMENTO         | NÚMERO | VALOR     |
|--------------------------------------|-------------|-------------------|--------|-----------|
| 204 B.BRASIL CTA MOVIMENTO 101.710-1 | 101710-1    | DÉBITO AUTOMÁTICO | 1110   | 59.397,00 |

JAIME LUIS OTT

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE FINANÇAS

FABIANA RODRIGUES DE OLIVEIRA ANTUNES  
 SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA MENCIONADA CONSTATANTE DA ORDEM SUPRA, DA QUAL PASSO(AMOS) A PRESENTE QUITAÇÃO.

PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA  
 58.295.213/0021-11

Incluído por: ELENI TEIXEIRA BELAI



**ESTADO DE MATO GROSSO**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO NOVO DO PARECIS - MT.**

AVENIDA MATO GROSSO, Nº 66, CENTRO, CAMPO NOVO DO PARECIS - MATO GROSSO

CNPJ:

**NOTA DE LIQUIDAÇÃO**

NÚMERO/ANO: **12859/2018** REALIZADO EM: **11/10/2018** REF. EMPENHO: **6866/2018 ORDINÁRIO**

**DOTAÇÃO**

CÓDIGO REDUZIDO: 1241  
 ÓRGÃO: 10 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 UNIDADE: 001 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
 FUNCIONAL PROGRAMÁTICA: 10.122.0008.20083 AQUISIÇÃO DE BENS MÓVEIS, UTENSÍLIOS E EQUIPAMENTOS DA SECRETARIA DE SAÚDE  
 ELEMENTO DA DESPESA: 4.4.90.52.00.00 EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE  
 SUBELEMENTO: 08 APARELHOS, EQUIP., UTENS. MÉDICO-ODONTOLÓGICO, LABOR. E HOSPITALAR  
 FONTE DE RECURSO: 0.3.00.000000 RECURSOS ORDINÁRIOS -EXERC. ANTERIOR

**PROCESSO DE COMPRA**

PROCESSO DE COMPRA: 00008382/20 PROCESSO LICITATÓRIO: 00000229/20 TIPO PROC. COMPRA: CONTRATO  
 MODALIDADE: ADESÃO À ARP Nº MODALIDADE: 00000101/2017  
 CONTRATO: 00000097/2017 TIPO: 02 - COMPRA  
 NAD: 8382/1/1

**CREADOR**

CÓDIGO: 58932 PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA CPF/CNPJ: 58.295.213/0021-11  
 ENDEREÇO: RUA OTTO SALGADO NÚMERO:  
 BAIRRO: DISTRITO INDUSTRIAL CLAUDIO GALVAO NOGUEIRA CEP: 37066440  
 CIDADE: VARGINHA UF: MG  
 Banco: Agência: Conta: Dígito:

**DESCRIÇÃO**

DESPESAS COM CONTRATO DE FORNECIMENTO Nº 097/2017 REFERENTE A AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO DE RAIOS X DIGITAL FIXO BASEADO NA ADESÃO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS 112/2017, DO PREGÃO ELETRÔNICO 133/2017 DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS.(EMPENHO 7873/29-12-2017 ANULADO PARA ALTERAÇÃO DA FONTE DE RECURSOS).

**VALORES**

LIQUIDA-SE PELA QUANTIA DE:  
 VALOR DA LIQUIDAÇÃO: **59.397,00** \*\* CINQUENTA E NOVE MIL E TREZENTOS E NOVENTA E SETE REAIS\*\*  
 SALDO A LIQUIDAR: 0,00

**DOCUMENTOS FISCAIS**

| DOCUMENTO FISCAL | NÚMERO | SÉRIE | DATA       | VALOR     |
|------------------|--------|-------|------------|-----------|
| NF-e (ICMS)      | 5406   | 2     | 11/10/2018 | 59.397,00 |
| TOTAL:           |        |       |            | 59.397,00 |

RESPONSÁVEL DO ATESTO: 2596 ELAINE APARECIDA DA SILVA  
 RESPONSÁVEL PELA LIQUIDAÇÃO: 3306 GISELI PRECILA MACHNIEVCZ

FABIANA RODRIGUES DE OLIVEIRA ANTUNES  
 SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Incluído por: GISELI PRECILA MACHNIEVCZ



**ESTADO DE MATO GROSSO**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO NOVO DO PARECIS - MT.**

AVENIDA MATO GROSSO, Nº 66, CENTRO, CAMPO NOVO DO PARECIS - MATO GROSSO

CNPJ: 24.772.287/0001-36

**NOTA DE EMPENHO**

NÚMERO: **6866/2018**

TIPO DO EMPENHO: ORDINÁRIO

DATA DO EMPENHO: 11/10/2018

CONTRATO: **97/2017**

ADITIVO:

TIPO: **02 - COMPRA**

**PROCESSO DE COMPRA**

PROCESSO DE COMPRA: 00003382/2017

PROCESSO LICITATÓRIO: 00000229/2017

MODALIDADE: ADESÃO À ARP

Nº MODALIDADE: 00000101/2017

TIPO PROC. COMPRA: CONTRATO

CONTRATO: 00000097/2017 TIPO: 02 - COMPRA

NAD: 8382/1/1

**DOTAÇÃO**

CÓDIGO REDUZIDO: 1241

ÓRGÃO: 10

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE: 001

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA: 10.122.0008.20083 AQUISIÇÃO DE BENS MÓVEIS, UTENSÍLIOS E EQUIPAMENTOS DA SECRETARIA DE SAÚDE

ELEMENTO DA DESPESA: 4.4.90.52.00.00 EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE

SUBELEMENTO: 08

APARELHOS, EQUIP., UTENS. MÉDICO-ODONTOLÓGICO, LABOR. E HOSPITALAR

FONTE DE RECURSO: 0.3.00.000000

RECURSOS ORDINÁRIOS -EXERC. ANTERIOR

**CREDOR**

CÓDIGO: **58932** **PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA**

CPF/CNPJ: 58.295.213/0021-11

ENDEREÇO: RUA OTTO SALGADO

NÚMERO:

BAIRRO: DISTRITO INDUSTRIAL CLAUDIO GALVAO NOGUEIRA

CEP: 37066440

CIDADE: VARGINHA

UF: MG

Banco:

Agência:

Conta:

Digito:

**DESCRIÇÃO**

DESPESAS COM CONTRATO DE FORNECIMENTO Nº 097/2017 REFERENTE A AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO DE RAIOS X DIGITAL FIXO BASEADO NA ADESÃO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS 112/2017, DO PREGÃO ELETRÔNICO 133/2017 DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS. (EMPENHO 7873/29-12-2017 ANULADO PARA ALTERAÇÃO DA FONTE DE RECURSOS).

**ITENS**

| ITEM | QTD    | ESPECIFICAÇÃO                                                                                                                                                            | VLR. UNITÁRIO | VLR. TOTAL  |
|------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------|
| 1    | 1,0000 | EQUIPAMENTO DE RAIOS X DIGITAL: FABRICANTE PHILIPS; MODELO COMPACTU PENDULUM; GARANTIA MÍNIMA 12 (DOZE) MESES, CONTADOS A PARTIR DA INSTALAÇÃO COMPLETA DOS EQUIPAMENTOS | 59.397,0000   | 59.397,0000 |

**VALORES**

SALDO DA DOTAÇÃO: 59.397,00

EMPENHA-SE PELA QUANTIA DE:

VALOR DO EMPENHO: **59.397,00**

\*\* CINQUENTA E NOVE MIL E TREZENTOS E NOVENTA E SETE REAIS \*\*

SALDO ATUAL: 0,00

CONTABILIZO A DESPESA CONFORME DOCUMENTOS ANEXADOS.

AUTORIZO O EMPENHO DA DESPESA.

FABIANA DE LIMA MIRANDA  
CONTADOR

FABIANA RODRIGUES DE OLIVEIRA ANTUNES  
ORDENADOR DE DESPESA



**ESTADO DE MATO GROSSO**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO NOVO DO PARECIS - MT.**

CAMPO NOVO DO PARECIS - MT, AVENIDA MATO GROSSO, Nº 66, CENTRO  
 CNPJ: 24.772.287/0001-36

Telefone: (65) 3382 5100

**NAD - NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE DESPESA**

Nº 3382-1-1/2018

**PROCESSO DE COMPRA**

**SOLICITAÇÃO:** 16666/2017

**NÚM. PROCESSO:** 00008382/2017

**PROCESSO:**

**COTAÇÃO:** 00001556/2017

**TIPO PROC. DE COMPRA:** COMPRA INDIRETA

**MODALIDADE:** Adesão à ARP

**Nº MODALIDADE:** 00000101/2017

**DESCRIÇÃO:** DESPESA COM CONTRATO DE FORNECIMENTO Nº 097/2017 REFERENTE A AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO RAO-X DIGITAL FIXO BASEADO NA ADESÃO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS 112/2017, DO PREGÃO ELETRÔNICO 133/2017 DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS.

**LOCAL DE ENTREGA:**

**PRAZO DE ENTREGA:** / /

**ORDEM DE FORNECIMENTO**

**NÚMERO:** 00000001/2017

**FORNECEDOR:** 58932 PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA

**ENDEREÇO:** RUA OTTO SALGADO

**CIDADE:** VARGINHA

**CEP:** 37066440

**E-MAIL:**

**CPF/CNPJ:** 58.295.213/0021-11

**BAIRRO:** DISTRITO INDUSTRIAL CLAU

**UF:** MG

**TELEFONE:**

**PRÉ - EMPENHO**

**NÚMERO:** 00000001/2018

**ÓRGÃO:** SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**UNIDADE:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**RESERVA DE EMPENHO:**

**CONTA BANCÁRIA:**

**REDUZIDO:** 00001241

**FUNCIONAL:** 10.001.10.122.0008.20083.4490520000.0300000000

**PROGRAMA:** SAÚDE: GESTÃO DO SUS

**AÇÃO:** AQUISIÇÃO DE BENS MÓVEIS, UTENSÍLIOS E EQUIP

**ELEMENTO DESPESA:** 4490520000 EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANE

**FONTE DE RECURSO:** 0.3.00.000000 RECURSOS ORDINÁRIOS -EXERC. AN

**ITENS**

| SEQ. | ITEM  | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                          | MARCA | UN.         | FORNECIMENTO | QTD    | VALOR       | TOTAL     |
|------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------|--------------|--------|-------------|-----------|
| 0    | 39706 | EQUIPAMENTO DE RAO X DIGITAL:<br>FABRICANTE PHILIPS; MODELO COMPACTU<br>PENDULUM; GARANTIA MÍNIMA 12 (DOZE)<br>MESES, CONTADOS A PARTIR DA INSTALAÇÃO<br>COMPLETA DOS EQUIPAMENTOS |       | UN - UNIDAD | UNIDADE      | 1,0000 | 59.397,0000 | 59.397,00 |

**VALOR A SER EMPENHADO:** 59.397,00

**TOTAL GERAL QUANTIDADE:**

1,00

**VALOR POR EXTENSO:** CINQUENTA E NOVE MIL E TREZENTOS E NOVENTA E SETE REAIS

Quinta-feira, 11 de Outubro de 2018

GIRLEI AUGUSTO PEX BOLZAN  
 SECRETÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO

JAIME LUIS OTT  
 SECRETÁRIO DE FINANÇAS

PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA  
 FORNECEDOR

Incluído Por: FLANCIELLI THAIS PERES LEAL

11/10/2018

Banco do Brasil

CÂMARA MUNICIPAL  
Campo Novo do Parecis-MT.  
FINº 37

11/10/2018 14:33:37



## Transferência entre contas diversas

### Debitado

Nome PREF MUN CONTA MOVIMENTO  
Agência 3036-8  
Conta corrente 101710-1

### Creditado

Nome PHILIPS MEDICAL SYSTEMS L  
Agência 3400-2  
Conta corrente 5549-2  
Valor 310.000,00  
Identificador 1 24772287000136  
Data Nesta data

Assinada por JB551021 ELENI T B RIZZOTTO  
JB551020 JAIME LUIS OTT

11/10/2018 14:32:45  
11/10/2018 14:33:37

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB551020 JAIME LUIS OTT.



**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA  
0-ENTRADA 1  
1-SAIDA

**Identificação do emitente**  
**PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA**  
R OTTO SALGADO, 250, PARTE B, SN  
Complemento: PRÉDIO VARGINHA B2  
DIST. IND. CLAUDIO N. Cnpj: 37664-400  
VARGINHA/MT  
Fonte:

**PHILIPS**

CHAVE DE ACESSO DA NF-E  
3118 0258 2952 1300 2111 5500 2000 0054 0610 0152 1110

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
131182842426802 16/02/2018 10:37:27-02:00

CNPJ 58.295.213/0001-11  
DATA DE EMISSÃO 16/02/2018  
DATA ENTRADA SAÍDA 16/02/2018  
HORA ENTRADA SAÍDA 10:26:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTIT. 136375289  
CNPJ/CPF 24.772.287/0001-36  
CEP 78360-000  
BAIRRO/DISTRITO CENTRO  
UF MT  
INSCRIÇÃO ESTADUAL  
FONE/FAX 6533825100  
MUNICÍPIO CAMPO NOVO DO PARECIS

NOME/RAZÃO SOCIAL  
MUNICÍPIO DE CAMPO NOVO DO PARECIS

ENDEREÇO  
AV MATO GROSSO, 66 n.3

MUNICÍPIO  
CAMPO NOVO DO PARECIS

2 000005406  
01/05/2018  
310.000,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS  
310.000,00

VALOR DO FRET  
(0,00)

RAZÃO SOCIAL  
RODOVIÁRIO VALE DO RIO DOCE LTDA

ENDEREÇO  
R. HESPERIA, 565, 565

QUANTIDADE  
6

ESPECIE  
CX MADEIRA

COD. PROD. DESCR. PROD. NCMSH CST CFOP UN. QUANT. VANTARIO VLR TOTAL VLR DESC VLR LIQ TOTAL LIQ

W187-00 EQUIP. DE R40/221419 400 6107 UN. 1.0000 306.930,6 0,00 306.930,6 306.930,6 9 9883

IO-X DR COMP ACT PENDULUM

PAFGX301001

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

VALOR TOTAL DA NOTA

CNPJ/CPF 17.303.561/0001-42

INSCRIÇÃO ESTADUAL 06269989030

P.F. VALOR DO ISSQN  
RESERVADO PARA  
CONV. N.º 14.4.2017/02/16

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
IPI RED A 20% PORT 225 DE 270417 DOL 28/04/17 PROD TRANSF. ART 4 DEC 5906/06 PORT INTERM MCT N 99/15 NAO SE APLICA PRAZO VALIDADE. ART 63 DO RICMS/2002 NAO SE APLICA PRAZO DE VALIDADE. ART 63 RICMS/2002 ICMS RELATIVO TRANSPORTE RESP ALIENANTE  
Protocolo 131182842426802  
LOCAL DE ENTREGA: CENTRO HOSPITALAR PARECIS - EL CIDES HORST - AV BRASIL 1660NE - CENTRO, CAMPO NOVO DO PARECIS - MT, CEP 78.366-000. PROCESSO DE COMPRA 8382/2017. PROCESSO LICITATORIO 225/2017. NUN DA MODALIDADE

R\$ 9.603,00  
CONFERIDO PELO  
EMPENHO Nº 7872/17  
DATA 28/08/18  
Saúde

R\$ 59.397,00  
CONFERIDO PELO  
EMPENHO Nº 7873/17  
DATA 28/08/18  
Saúde

R\$ 241.009,00  
CONFERIDO PELO  
EMPENHO Nº 7874/17  
DATA 28/08/18  
Saúde

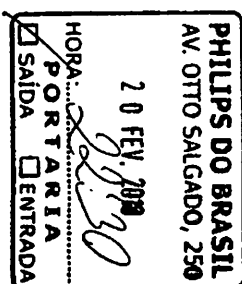
TOMBADO EM:  
01/11/18  
SOBRE O Nº  
35838

Silviane Cristina Olejas  
Chefe de Divisão de Bens Móveis  
Portaria Nº 084/2018

Atesto que conferi/recebi o  
material/serviço constante  
na Nota Fiscal Nº 5406  
Campo Novo do Parecis,  
26/02/2018.

☒ Material ☐ Serviço  
Silviane Cristina Olejas  
Chefe de Divisão de Bens Móveis  
Portaria Nº 084/2018

Elaine Ap. Silva  
Enfermeira  
Coren-MT 126454



PROTOCOLO 10374  
Nº  
DATA: 28/08/18 HORA:  
ASS:

44-38861-311802582952130021115500260000154061001521110

[illegible]

**ANEXO**

**(RESPOSTA PERGUNTAS N. 6 e N. 7)**

0800 SERVICE

0800 737 8423

6- manutenção (garantia)

13/12/18

PHILIPS

Ordem de Serviço N° 48845123 / 10

Número da SWO / Número da Operação

( ) Interno

( ) Externo

Data: 13 / 12 / 18

IS N° 288844

Cliente: Município de Campo Novo dos Parecís

Equipamento: Pendulum

CÂMARA MUNICIPAL

Campo Novo dos Parecís-MT.

FIN° 42

Cidade: Campo Novo

N° de Série: PFGX 30.100

Contato: Fone 310

Depto:

| DATA   | INÍCIO | TÉRMINO | HORAS TRABALHO | HORAS VIAGENS |
|--------|--------|---------|----------------|---------------|
| 12.12. | 08:00  | 14:00   | -              | 06:00         |
| 13.12. | 08:00  | 10:30   | 02:30          | -             |
|        |        |         |                |               |
|        |        |         |                |               |
|        |        |         |                |               |
|        |        |         |                |               |
|        |        |         |                |               |
|        |        |         |                |               |

| Atividade             | Defeito                |
|-----------------------|------------------------|
| ( ) Instalação        | ( ) Elétrico           |
| (x) Garantia          | ( ) Mecânico           |
| ( ) Corretivo         | ( ) Orientação         |
| ( ) FCO               | ( ) Software           |
| ( ) Preventivo        | ( ) Agente externo     |
| ( ) Revisão Originais | ( ) Outros Discriminar |
| ( ) Comercial         |                        |
| ( ) Outros            |                        |

Descrição do Chamado: Proteção 10.

Descrição dos Serviços Executados: Equipamento com proteção 10. Necessária troca de peça.

4598.014.38621. Fonte ch 150u1

4598.014.39111. PCB 344. Power distribution.

Testes Efetuados:

PCB 344 não está funcionando 220V.

Pendências / Observações: Aguardando peça.

Ferramentas Calibráveis Utilizadas:

| Ferramenta | Modelo | Serial Number | Data da Calibração |
|------------|--------|---------------|--------------------|
|            |        |               | / /                |
|            |        |               | / /                |

| Ferramenta | Modelo | Serial Number | Data da Calibração |
|------------|--------|---------------|--------------------|
|            |        |               | / /                |
|            |        |               | / /                |

Materiais Utilizados:

| Qtde. | Descrição | NF | P/N Aplicado | S/N Aplicado | P/N Retirado | S/N Retirado |
|-------|-----------|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |

Trabalho Concluído Sim ( ) Não ( ) Aguardando Peças (x)

Dados do Engenheiro / Técnico:

Nome: Gustavo

Matrícula:

Assinatura:

Dados do Cliente:

Nome: Silvana Sobral

Cargo: Técnica PR

Assinatura:

RG: 35408.665.2 SP

# PHILIPS

**Philips Medical Systems Ltda.**

Avenida Marcos Penteado de Ulhôa Rodrigues, 401, Parte 39

Bairro: Tambore, CEP.: 06460040,

Barueri, SP - Brasil

TEL.: 3599895814

## DANFE

Documento Auxiliar da  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº: 283372

SÉRIE: 14

FOLHA: 1/1

## CONTROLE DO FISCO



### CHAVE DE ACESSO

3519 0158 2952 1300 0178 5501 4000 2833 7210 2923 1884

Consulta de autenticidade no porta nacional da NF-e  
[www.nfe.fazenda.gov/portal](http://www.nfe.fazenda.gov/portal) ou no site da Sefaz Autorizadora

RELA DA OPERAÇÃO  
ra saída merc prest serv não especificado

RIÇÃO ESTADUAL  
099216116

INSC. EST. SUBST. TRIBUT.  
156076323

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
135190016767142

2019-01-09 16:07:51-00:00

CNPJ  
58.295.113/0001-76

INATÁRIO/REMITENTE

/ RAZÃO SOCIAL

ICÍPIO DE CAMPO NOVO DO PARECIS

REÇO

ATO GROSSO, 66 NE

CÍPIO

PO NOVO DO PARECIS

BAIRRO  
CENTRO

FOFNE / FAX  
(55) 6533-8251

UF  
MT

CNPJ / CPF  
24.772.267/0001-36

CEP  
78360-000

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA DA EMISSÃO  
09/01/2019 16:08:51

DATA DE SAÍDA / ENTRADA  
09/01/2019

HORA DE SAÍDA  
16:06:47

| FATURA / DUPLICATA | VENCIMENTO | VALOR | FATURA / DUPLICATA | VENCIMENTO | VALOR | FATURA / DUPLICATA | VENCIMENTO | VALOR |
|--------------------|------------|-------|--------------------|------------|-------|--------------------|------------|-------|
|                    |            |       |                    |            |       |                    |            |       |

VALOR POR EXTENSO:  
Um Real e Vinte e Oito Centavos

## FLUXO DO IMPOSTO

|                    |                         |                                              |                                    |                                  |
|--------------------|-------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS<br>0,05   | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>1,22 |
| DO FRETE           | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>0,00                             | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR DO IPI<br>0,06             |
|                    |                         |                                              |                                    | VALOR TOTAL DA NOTA<br>1,28      |

PORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

/ RAZÃO SOCIAL

ISOFT CARGAS AEREAS LTDA

Reço

IDA DAMASCENO V 109, ANEXO 135

PRETE POR CONTA  
0 - Emitente

CÓDIGO ANTT.

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF  
01.014.373/0002-65

MUNICÍPIO  
SAO PAULO

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
114.686.017.111

IDADE

ESPÉCIE  
VOLUME(S)

MARCA

PESO BRUTO  
1,000

PESO LÍQUIDO  
1,000

DO PRODUTO / SERVIÇOS

| COD. PRODUTO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS                           | CEST | NCM/SH   | CST | CFOP | UN. | QTD. | V. UNITÁRIO | V. TOTAL | B.C. ST | VL. ICMS | B.C. ICMS | V. ICMS | VALOR IPI | ALÍQUOTAS<br>ICMS IPI |
|--------------|-------------------------------------------------------------|------|----------|-----|------|-----|------|-------------|----------|---------|----------|-----------|---------|-----------|-----------------------|
| 1594881      | KIT PCB400362-V00-R00<br>Equipamentos : 0000000000000000002 |      | 85044021 | 300 | 6949 | PCE | 1,00 | 1,22000     | 1,22     | 0,00    | 0,00     | 1,26      | 0,05    | 0,06      | 4,0 5,0               |

ADICIONAIS

RESERVADO AO FISCO

EMESSA PARA TESTE | Cliente: 0094592396 / Doc.Venda: 0125431845 / Org.Vendas: BR93 / Canal Dist.: BR / Eec.Vendas: BRA /  
ssa: 0812812711 / Referência: / Faturamento: 0938091807 | Ped.Cliente: 48645183 / Rota: / Entrega: | Volume: 0.000 / Vol.UH.:  
TORIZADO CONFORME PROTOCOLO 51.253.994790/2017 | Cliente:HOSPITAL MUNICIPAL DE CAMPO NOVO DOS PARECIS | CNPJ: | Endereço:Av.  
il n1669 | Bairro:centro | Cidade:MT | Cep:780036000 | UF:MT | Bloco e Andar:Centro Hospitalar Parecis | Contato: TARCISIO |  
| Setor:RX | Telefone:5565999555142 | | Op. Interestadual para n o contribuinte do ICMS Al g. ICMS UF destino R\$ 17,00  
r total do DIFAL R\$ 0,17 - Valor DIFAL UF de origem R\$ 0,00 - Valor DIFAL UF destino R\$ 0,17 - Valor FCF UF destino R\$ 0,00  
ORIZADO CONFORME PROTOCOLO 51.253.994790/2017 | Cliente:HOSPITAL MUNICIPAL DE CAMPO NOVO DOS PARECIS | CNPJ: | Endereço:Av.  
il n1669 | Bairro:centro | Cidade:MT | Cep:780036000 | UF:MT | Bloco e Andar:Centro Hospitalar Parecis | Contato: TARCISIO |

CÂMARA MUNICIPAL  
Campo Novo do Parecis-MT.  
HTNº 428

23 x 28 x 16

ENTREGUE PARA COLETA em 23/01/19

# PHILIPS

**Philips Medical Systems Ltda.**  
Avenida Marcos Pentead de Ulhôa Rodrigues, 401, Parte 39  
Bairro: Tambore, CEP.: 06460040,  
Barueri, SP - Brasil  
TEL.: 3599895814

## DANFE

Documento Auxiliar da  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº: 283372  
SÉRIE: 14  
FOLHA: 1/1

## CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO  
3519 0158 2952 1300 0178 5501 4000 2833 7210 2923 1884

Consulta de autenticidade no porta nacional da NF-e  
[www.nfe.fazenda.gov/portal](http://www.nfe.fazenda.gov/portal) ou no site da Sefaz Autorizadora

|                                                                      |                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>Outra saída merc prest serv não especificado | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>135190018767242 2019-01-09 16:07:51-03:00 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>206098218116                                   | CNPJ<br>58.295.213/0001-78                                                   |

|                                                                                     |                                  |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|
| DESTINATÁRIO/REMITENTE<br>NOME / RAZÃO SOCIAL<br>MUNICÍPIO DE CAMPO NOVO DO PARECIS | CNPJ / CPF<br>24.772.287/0001-36 | DATA DA EMISSÃO<br>09/01/2019 16:03:51 |
| ENDEREÇO<br>AV MATO GROSSO, 66 NE                                                   | CEP<br>78360-000                 | DATA DE SAÍDA / ENTRADA<br>09/01/2019  |
| MUNICÍPIO<br>CAMPO NOVO DO PARECIS                                                  | UF<br>MT                         | HORA DE SAÍDA<br>18:06:47              |

|        |                    |            |       |                    |            |       |                    |            |       |                                                       |
|--------|--------------------|------------|-------|--------------------|------------|-------|--------------------|------------|-------|-------------------------------------------------------|
| FATURA | FATURA / DUPLICATA | VENCIMENTO | VALOR | FATURA / DUPLICATA | VENCIMENTO | VALOR | FATURA / DUPLICATA | VENCIMENTO | VALOR | VALOR POR EXTENSO:<br>Um Real e Vinte e Oito Centavos |
|        |                    |            |       |                    |            |       |                    |            |       |                                                       |

|                    |                                 |                         |                                              |                                    |                                  |
|--------------------|---------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO DO ICMS<br>1,28 | VALOR DO ICMS<br>0,05   | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>1,22 |
|                    | VALOR DO FRETE<br>0,00          | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>0,00                             | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR TOTAL DA NOTA<br>1,28      |

|                                       |                                                    |                                 |              |                     |          |                                       |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------|--------------|---------------------|----------|---------------------------------------|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS | NOME / RAZÃO SOCIAL<br>AEROSOPT CARGAS AEREAS LTDA | FRETE POR CONTA<br>0 - Emitente | CODIGO ANTT. | PLACA DO VEÍCULO    | UF       | CNPJ / CPF<br>01.014.373/0002-65      |
|                                       | ENDEREÇO<br>AVENIDA DAMASCENO V 109, ANEXO 135     | MUNICÍPIO<br>SAO PAULO          |              |                     | UF<br>SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>114.686.017.111 |
|                                       | QUANTIDADE<br>1                                    | ESPECIE<br>VOLUME (S)           | MARCA        | PESO BRUTO<br>1,000 |          | PESO LÍQUIDO<br>1,000                 |

| DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS |                                                                 |      |          |     |      |     |      |             |          |         |          |           |         |           | ALÍQUOTA |     |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------|------|----------|-----|------|-----|------|-------------|----------|---------|----------|-----------|---------|-----------|----------|-----|
| CÓD. PRODUTO                | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS                               | CEST | NCM/SH   | CST | CFOP | UN. | QTD. | V. UNITARIO | V. TOTAL | B.C. ST | VL. ICMS | B.C. ICMS | V. ICMS | VALOR IPI | ICMS     | IPI |
| 459801584881                | KIT PCBAA00362-V00-R00<br>Equipamentos : 0000000000000000000002 |      | 85044021 | 300 | 6949 | PCE | 1,00 | 1,22000     | 1,22     | 0,00    | 0,00     | 1,28      | 0,05    | 0,06      | 4,0      | 5,0 |

FINº

Campo

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| DADOS ADICIONAIS | REMESSA PARA TESTE   Cliente: 0094592386 / Doc.Venda: 0135431846 / Org.Vendas: BR93 / Canal Dist.: BR / Esc.Vendas: BRA / Remessa: 0812812711 / Referência: / Faturamento: 0939091807 / Ped.Cliente: 48845183 / Rota: / Entrega: / Volume: 0,000 / Vol.UM.: MSAUTORIZADO CONFORME PROTOCOLO 51.253.994790/2017   Cliente:HOSPITAL MUNICIPAL DE CAMPO NOVO DOS PARECIS   CNPJ:   Endereco:Av. Brasil n166   Bairro:centro   Cidade:MT   Cep:780036000   UF:MT   Bloco e Andar:Centro Hospitalar Parecis   Contato: TARCISIO   Obs:   Setor:RX   Telefone:5565999555142     Op. Interestadual para o contribuinte do ICMS Al q. ICMS UF destino R\$ 17,00 Valor total do DIFAL R\$ 0,17 - Valor DIFAL UF de origem R\$ 0,00 - Valor DIFAL UF destino R\$ 0,17 - Valor FCP UF destino R\$ 0,00 /AUTORIZADO CONFORME PROTOCOLO 51.253.994790/2017   Cliente:HOSPITAL MUNICIPAL DE CAMPO NOVO DOS PARECIS   CNPJ:   Endereco:Av. Brasil n166   Bairro:centro   Cidade:MT   Cep:780036000   UF:MT   Bloco e Andar:Centro Hospitalar Parecis   Contato: TARCISIO   Obs:   Setor:RX   Telefone:5565999555142 | RESERVADO AO FISCO |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|

CÂMARA MUNICIPAL  
Campo Novo do Parecis-MT.  
Fl. No. 44

# PHILIPS

**Prezado Cliente,**

A Philips é uma empresa comprometida com a sustentabilidade e aplica em sua operação o conceito inovador de economia circular, que preve a utilização consciente e renovadora de seus produtos.

Uma das ações que adotamos nesta direção é garantir o retorno das peças aplicadas em campo. Para que este processo funcione, sua contribuição é fundamental!

Sempre que uma peça nova for aplicada em seu equipamento, garanta que a peça retirada da máquina esta adequadamente armazenada e disponível para ser retirada pelo nosso time de Coleta.

No momento da coleta, exija da transportadora o comprovante de que você esta entregando os itens: há uma clausula sobre esta responsabilidade registrada no nosso contrato de manutenção, bem como reforçada em nossas propostas de orçamento; em casos de extravio, o estabelecimento responsável pelo equipamento pode sofrer multa de até 30% do valor do item!

Caso tenha qualquer dúvida sobre este processo, pedimos a gentileza de entrar em contato conosco! Estamos a sua disposição!

## Equipe de Serviços

PHILIPS BRASIL



0800 – SERVICE

(0800 – 7378423)



| AE <i>Soft</i><br><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>AEROSOFT CARGAS AEREAS LTDA</b><br>AV DAMASCENO VIEIRA, 109<br>VILA MASCOTE - 04363-040<br>SAO PAULO - SP<br>Fone/Fax: ( ) 5567-1700<br>CNPJ: 01.014.373/0002-65<br>Insc. Estadual: 114686017111                                                                                                                                                                                                                                            | <b>DACTE</b><br>Document Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>MODAL</b><br>Rodoviário | DATA/HORA DE EMISSÃO<br>14/01/2019 20:09           |                                       |                                  |                                                                               |                             |                          |                               |                                   |        |         |                     |                 |  |                   |  |  |                     |  |  |                    |  |  |                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--------|---------|---------------------|-----------------|--|-------------------|--|--|---------------------|--|--|--------------------|--|--|------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;">MODELO</td> <td style="width:10%;">SÉRIE</td> <td style="width:10%;">NÚMERO</td> <td style="width:10%;">FL</td> <td style="width:20%;">PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO</td> <td style="width:40%;">INSC. SUPRIMA DO DESTINATÁRIO</td> </tr> <tr> <td>57</td> <td>1</td> <td>1930931</td> <td>1/1</td> <td>135191381991955</td> <td></td> </tr> </table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                            |                                                    | MODELO                                | SÉRIE                            | NÚMERO                                                                        | FL                          | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO | INSC. SUPRIMA DO DESTINATÁRIO | 57                                | 1      | 1930931 | 1/1                 | 135191381991955 |  |                   |  |  |                     |  |  |                    |  |  |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | MODELO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SÉRIE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NÚMERO                     | FL                                                 | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO              | INSC. SUPRIMA DO DESTINATÁRIO    |                                                                               |                             |                          |                               |                                   |        |         |                     |                 |  |                   |  |  |                     |  |  |                    |  |  |                              |
| 57                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1930931                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1/1                        | 135191381991955                                    |                                       |                                  |                                                                               |                             |                          |                               |                                   |        |         |                     |                 |  |                   |  |  |                     |  |  |                    |  |  |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                            |                                                    |                                       |                                  |                                                                               |                             |                          |                               |                                   |        |         |                     |                 |  |                   |  |  |                     |  |  |                    |  |  |                              |
| CHAVE DE ACESSO<br>35.1901.01.014.373/0002-65-57-001-001.930.931-156.606.130-2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                            |                                                    |                                       |                                  |                                                                               |                             |                          |                               |                                   |        |         |                     |                 |  |                   |  |  |                     |  |  |                    |  |  |                              |
| TIPO DO CTE<br>Normal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | TIPO DO SERVIÇO<br>Normal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                            | TOMADOR DO SERVIÇO<br>Remetente                    |                                       |                                  |                                                                               |                             |                          |                               |                                   |        |         |                     |                 |  |                   |  |  |                     |  |  |                    |  |  |                              |
| CFOP - NATUREZA DA PRESTAÇÃO<br>6353 - TRANSPORTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | INÍCIO DA PRESTAÇÃO<br>BARUERI - SP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                            | TÉRMINO DA PRESTAÇÃO<br>CAMPO NOVO DO PARECIS - MT |                                       |                                  |                                                                               |                             |                          |                               |                                   |        |         |                     |                 |  |                   |  |  |                     |  |  |                    |  |  |                              |
| REMETENTE PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA<br>END AV DR MARCOS PENTEADO DE ULHOA RODRIGUES, 401 - SETOR<br>MUN TAMBORE - BARUERI - SP CEP 06460-040<br>CNPJ/CPF 58.295.213/0001-78 IE 206098218116 FONE                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | COMPONENTES DO VALOR DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                            |                                                    |                                       |                                  |                                                                               |                             |                          |                               |                                   |        |         |                     |                 |  |                   |  |  |                     |  |  |                    |  |  |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:50%;">MERCADORIA</th> <th style="width:50%;">NOME</th> <th style="width:50%;">VALOR</th> </tr> <tr> <td>CONTEÚDO MATL. MEDICO HOSP.</td> <td>ADVALOREM</td> <td>0,77</td> </tr> <tr> <td>NOTA DE DESPACHO ND SAO 1-2419628</td> <td>TARIFA</td> <td>100,15</td> </tr> <tr> <td>PESO TAXADO KG 3,08</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PESO REAL KG 0,67</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PESO CUBADO KG 3,08</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>QTD VOLUME UN 1,00</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>VL TOTAL MERCADORIA 1.535,86</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                            |                                                    | MERCADORIA                            | NOME                             | VALOR                                                                         | CONTEÚDO MATL. MEDICO HOSP. | ADVALOREM                | 0,77                          | NOTA DE DESPACHO ND SAO 1-2419628 | TARIFA | 100,15  | PESO TAXADO KG 3,08 |                 |  | PESO REAL KG 0,67 |  |  | PESO CUBADO KG 3,08 |  |  | QTD VOLUME UN 1,00 |  |  | VL TOTAL MERCADORIA 1.535,86 |
| MERCADORIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | NOME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | VALOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |                                                    |                                       |                                  |                                                                               |                             |                          |                               |                                   |        |         |                     |                 |  |                   |  |  |                     |  |  |                    |  |  |                              |
| CONTEÚDO MATL. MEDICO HOSP.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ADVALOREM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 0,77                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                            |                                                    |                                       |                                  |                                                                               |                             |                          |                               |                                   |        |         |                     |                 |  |                   |  |  |                     |  |  |                    |  |  |                              |
| NOTA DE DESPACHO ND SAO 1-2419628                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | TARIFA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 100,15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                            |                                                    |                                       |                                  |                                                                               |                             |                          |                               |                                   |        |         |                     |                 |  |                   |  |  |                     |  |  |                    |  |  |                              |
| PESO TAXADO KG 3,08                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                            |                                                    |                                       |                                  |                                                                               |                             |                          |                               |                                   |        |         |                     |                 |  |                   |  |  |                     |  |  |                    |  |  |                              |
| PESO REAL KG 0,67                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                            |                                                    |                                       |                                  |                                                                               |                             |                          |                               |                                   |        |         |                     |                 |  |                   |  |  |                     |  |  |                    |  |  |                              |
| PESO CUBADO KG 3,08                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                            |                                                    |                                       |                                  |                                                                               |                             |                          |                               |                                   |        |         |                     |                 |  |                   |  |  |                     |  |  |                    |  |  |                              |
| QTD VOLUME UN 1,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                            |                                                    |                                       |                                  |                                                                               |                             |                          |                               |                                   |        |         |                     |                 |  |                   |  |  |                     |  |  |                    |  |  |                              |
| VL TOTAL MERCADORIA 1.535,86                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                            |                                                    |                                       |                                  |                                                                               |                             |                          |                               |                                   |        |         |                     |                 |  |                   |  |  |                     |  |  |                    |  |  |                              |
| DESTINATÁRIO MUNICIPIO DE CAMPO NOVO DO PARECIS<br>END AV BRASIL, 1669<br>MUN CENTRO - CAMPO NOVO DO PARECIS - MT CEP 78360-000<br>CNPJ/CPF 24.772.287/0001-36 IE ISENTO FONE (55) 6533-8251                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;"> <b>VI. TOTAL DO SERVIÇO</b><br/>                 108,52             </td> <td style="width:50%;"> <b>VALOR A RECEBER</b><br/>                 108,52             </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">                 DOCUMENTOS ORIGINÁRIOS - NF-e<br/>                 35190158295213000178550140002836151481371737             </td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                           |                            |                                                    | <b>VI. TOTAL DO SERVIÇO</b><br>108,52 | <b>VALOR A RECEBER</b><br>108,52 | DOCUMENTOS ORIGINÁRIOS - NF-e<br>35190158295213000178550140002836151481371737 |                             |                          |                               |                                   |        |         |                     |                 |  |                   |  |  |                     |  |  |                    |  |  |                              |
| <b>VI. TOTAL DO SERVIÇO</b><br>108,52                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>VALOR A RECEBER</b><br>108,52                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                            |                                                    |                                       |                                  |                                                                               |                             |                          |                               |                                   |        |         |                     |                 |  |                   |  |  |                     |  |  |                    |  |  |                              |
| DOCUMENTOS ORIGINÁRIOS - NF-e<br>35190158295213000178550140002836151481371737                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                            |                                                    |                                       |                                  |                                                                               |                             |                          |                               |                                   |        |         |                     |                 |  |                   |  |  |                     |  |  |                    |  |  |                              |
| EXPEDIDOR<br><b>ALT Brasil</b><br><b>O.T.I. Brasil Transportes Ltda.</b><br><b>Paulo Ricardo</b><br><b>Motorista - Placa NJR-9259</b>                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SEGURO<br>SEGURADORA<br>RESPONSÁVEL<br>APÓLICE<br>NÚMERO AVERBAÇÃO<br>IMPOSTO<br>SIT. TRIBUTÁRIA<br>00 - Tributação normal do ICMS<br>BASE CÁLCULO 108,52<br>ALÍQ ICMS 7,00<br>VALOR ICMS 7,60<br>% RED. BC ICMS 0,00<br>ICMS ST 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |                                                    |                                       |                                  |                                                                               |                             |                          |                               |                                   |        |         |                     |                 |  |                   |  |  |                     |  |  |                    |  |  |                              |
| RECEBEDOR HL SERVICOS AUXILIARES DE TRANSPORTES AE<br>END AV AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, S N - QD 21 LOTE 24<br>MUN JARDIM COSTA VERDE - VARZEA GRANDE - MT CEP 78128-000<br>CNPJ/CPF 06.267.142/0001-04 IE ISENTO FONE (65) 3362-3692                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | TOMADOR PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA<br>END AV DR MARCOS PENTEADO DE ULHOA RODRIGUES, 401 - SETOR<br>MUN TAMBORE - BARUERI - SP CEP 06460-040<br>CNPJ/CPF 58.295.213/0001-78 IE 206098218116 FONE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                            |                                                    |                                       |                                  |                                                                               |                             |                          |                               |                                   |        |         |                     |                 |  |                   |  |  |                     |  |  |                    |  |  |                              |
| TRIBUTAÇÃO NORMAL DO ICMS - CLIENTE: HOSPITAL MUNICIPAL DE CAMPO NOVO DO PARECIS CNPJ: ENDEREÇO: AV. BRASIL N° 1669 BAIRRO: CENTRO CIDADE: MT CEP: 780036000 UF: MT<br>OC2013479 CUB: 29X12X53   Trecho: SAO/CGS-I CONVENCIONAL ORIGEM OU DESTINO SAO N°s: 283615 - Local para Entrega: MUNICIPIO DE CAMPO NOVO DO PARECIS END: BRASIL<br>1669CENTROCEP: 78360000 - CAMPO NOVO DO PARECIS - MT |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                            |                                                    |                                       |                                  |                                                                               |                             |                          |                               |                                   |        |         |                     |                 |  |                   |  |  |                     |  |  |                    |  |  |                              |
| DECLARO QUE RECEBI OS VOLUMES DESTES CONHECIMENTOS EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOU POR CUMPRIDO O PRESENTE CONTRATO DE TRANSPORTE                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                            |                                                    |                                       |                                  |                                                                               |                             |                          |                               |                                   |        |         |                     |                 |  |                   |  |  |                     |  |  |                    |  |  |                              |
| NOME<br><br>RG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | INÍCIO DA PRESTAÇÃO - DATA/HORA<br><br>TÉRMINO DA PRESTAÇÃO - DATA/HORA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            | CT-E<br>Nº. DOCUMENTO 1930931<br>SÉRIE 1           |                                       |                                  |                                                                               |                             |                          |                               |                                   |        |         |                     |                 |  |                   |  |  |                     |  |  |                    |  |  |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ASSINATURA / CARIMBO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                            |                                                    |                                       |                                  |                                                                               |                             |                          |                               |                                   |        |         |                     |                 |  |                   |  |  |                     |  |  |                    |  |  |                              |

**AEROSoft**



**AEROSOFT CARGAS AEREAS LTDA**

AV DAMASCENO VIEIRA, 109  
 VILA MASCOTE - 04363-040  
 SAO PAULO - SP  
 Fone/Fax: ( ) 5567-1700  
 CNPJ: 01.014.373/0002-65  
 Insc. Estadual: 114686017111

**DACTE**

Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico

**MODAL**  
 Rodoviário

**DATA/HORA DE EMISSÃO**  
 09/01/2019 18:01

**MODEL** 57 **SÉRIE** 1 **NÚMERO** 1925659 **FL** 1/1 **PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO** 135191378575312 **INSC. SUFRAMA DO DESTINATÁRIO**



**CHAVE DE ACESSO**

35.1901.01.014.373/0002-65-57-001-001.925.659-167.058.362-3

**TIPO DO CTE**  
 Normal

**TIPO DO SERVIÇO**  
 Normal

**TOMADOR DO SERVIÇO**  
 Remetente

**FORMA DE PAGAMENTO**

**CFOP - NATUREZA DA PRESTAÇÃO**  
 6353 - TRANSPORTE

**INÍCIO DA PRESTAÇÃO**  
 BARUERI - SP

**TÉRMINO DA PRESTAÇÃO**  
 CAMPO NOVO DO PARECIS - MT

**REMETENTE** PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA  
 END AV DR MARCOS PENTEADO DE ULHOA RODRIGUES, 401 - SETOR  
 MUN TAMBORE - BARUERI - SP CEP 06460-040  
 CNPJ/CPF 58.295.213/0001-78 IE 206098218116 FONE

**COMPONENTES DO VALOR DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO**  
**MERCADORIA**  
 CONTEÚDO MATL. MEDICO HOSP.  
 NOTA DE DESPACHO ND SAO 1-2211097  
 PESO TAXADO KG 1,00  
 PESO REAL KG 1,00  
 PESO CUBADO KG 0,49  
 QTD VOLUME UN 1,00  
 VL TOTAL MERCADORIA 1,28

**NOME** VALOR  
 TARIFA 100,15

**DESTINATÁRIO** MUNICIPIO DE CAMPO NOVO DO PARECIS  
 END AV BRASIL, 1669  
 MUN CENTRO - CAMPO NOVO DO PARECIS - MT CEP 78003-600  
 CNPJ/CPF 24.772.287/0001-36 IE ISENTA FONE (55) 6533-8251

**SEGURO**

SEGURADORA  
 RESPONSÁVEL  
 APÓLICE

**VL. TOTAL DO SERVIÇO** VALOR A RECEBER  
 107,69 107,69

**DOCUMENTOS ORIGINÁRIOS - NF-e**  
 35190158295213000178550140002833721029231884

**RECEBEDOR** HL SERVICOS AUXILIARES DE TRANSPORTES AE  
 END AV AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, S N - QD 21 LOTE 24  
 MUN JARDIM COSTA VERDE - VARZEA GRANDE - MT CEP 78128-000  
 CNPJ/CPF 06.267.142/0001-04 IE ISENTA FONE (65) 3362-3692

**IMPOSTO**  
 SIT. TRIBUTÁRIA  
 00 - Tributação normal do ICMS  
 BASE CÁLCULO 107,69  
 ALÍQ ICMS 7,00  
 VALOR ICMS 7,54  
 % RED. BC ICMS 0,00  
 ICMS ST 0,00

**TOMADOR** PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA  
 END AV DR MARCOS PENTEADO DE ULHOA RODRIGUES, 401 - SETOR  
 MUN TAMBORE - BARUERI - SP CEP 06460-040  
 CNPJ/CPF 58.295.213/0001-78 IE 206098218116 FONE

TRIBUTAÇÃO NORMAL DO ICMS - CLIENTE: HOSPITAL MUNICIPAL DE CAMPO NOVO DO PARECIS CNPJ: ENDEREÇO: AV. BRASIL N1669 BAIRRO: CENTRO CIDADE: MT CEP: 78003600 UF: MT  
 002010943 CUB: 16X8X23 ( Trecho: SAO/CGS-I CONVENCIONAL ORIGEM OU DESTINO SAO NFs: 283372 - Local para Entrega: MUNICIPIO DE CAMPO NOVO DO PARECIS END: BRASIL  
 1669CENTROCEP: 78003600 - CAMPO NOVO DO PARECIS - MT )

DECLARO QUE RECEBI OS VOLUMES DESTES CONHECIMENTOS EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOU POR CUMPRIDO O PRESENTE CONTRATO DE TRANSPORTE

|      |                                  |                       |
|------|----------------------------------|-----------------------|
| NOME | INÍCIO DA PRESTAÇÃO - DATA/HORA  | CT-E                  |
| RG   | TÉRMINO DA PRESTAÇÃO - DATA/HORA | Nº. DOCUMENTO 1925659 |
|      | ASSINATURA / CARIMBO             | SÉRIE 1               |

# PHILIPS

**Philips Medical Systems Ltda.**

Avenida Marcos Penteado de Uihôa Rodrigues, 401, Parte 39

Bairro: Tambore, CEP.: 06460040,

Barueri, SP - Brasil

TEL.: 3599895814

## DANFE

Documento Auxiliar da  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº: 283615

SÉRIE: 14

FOLHA: 1/1

## CONTROLE DO FISCO



### CHAVE DE ACESSO

3519 0158 2952 1300 0178 5501 4000 2836 1514 8137 1737

Consulta de autenticidade no porta nacional da NF-e  
[www.nfe.fazenda.gov/portal](http://www.nfe.fazenda.gov/portal) ou no site da Sefaz Autorizadora

TREZA DA OPERAÇÃO  
Ora saída mere prest serv não especificado

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
135190030597041

2019-01-14 14:13:43-01:00

TRICÃO ESTADUAL  
1090116116

INSC. EST. SUBST. TRIBUT.  
136616303

CNPJ  
58.295.113/0001-78

### DESTINATÁRIO/REMETENTE

R / RAZÃO SOCIAL  
HOSPITAL DE CAMPO NOVO DO PARECIS

CNPJ / CPF  
24.772.287/0001-36

DATA DA EMISSÃO  
14/01/2019 16:10:07

ENDREÇO  
MATO GROSSO, 66 NE

BAIRRO  
CENTRO

CEP  
75360-000

DATA DE SAÍDA / ENTRADA  
14/01/2019

CÍFIO  
HPO NOVO DO PARECIS

FONE / FAX  
(55) 6533-8251

UF  
MT

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA  
10:12:46

### TAB

| FATURA / DUPLICATA | VENCIMENTO | VALOR | FATURA / DUPLICATA | VENCIMENTO | VALOR | FATURA / DUPLICATA | VENCIMENTO | VALOR |
|--------------------|------------|-------|--------------------|------------|-------|--------------------|------------|-------|
|                    |            |       |                    |            |       |                    |            |       |

VALOR POR EXTENSO:  
Um Mil Quinhentos e Trinta e Cinco Reais e Oitenta e Seis Centavos

### TULO DO IMPOSTO

DE CÁLCULO DO ICMS  
135,86

VALOR DO ICMS  
107,51

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO  
0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO  
0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS  
1.396,24

IR DO FRET  
10

VALOR DO SEGURO  
0,00

DESCONTO  
0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS  
0,00

VALOR DO IPI  
139,62

VALOR TOTAL DA NOTA  
1.535,86

### EXPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

R / RAZÃO SOCIAL  
LOGSOFT CARGAS AERIAS LTDA

PARTE POR CONTA  
0 - Emitente

CÓDIGO ANTT.

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF  
01.014.373/0002-65

ENDREÇO  
RUA DAMASCENO V 109, ANEXO 135

MUNICÍPIO  
SAO PAULO

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
114.666.017.111

### ETIQUETA

ESPÉCIE  
VOLUME(S)

MARCA

PESO BRUTO  
0,672

PESO LÍQUIDO  
0,672

### DE DO PRODUTO / SERVIÇOS

| COD. PRODUTO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS                                            | CEST | NCM/SH   | CST | CFOP | UN. | QTD. | V. UNITÁRIO | V. TOTAL | B.C. ST | Vl. ICMS | B.C. ICMS | V. ICMS | VALOR IPI | ALÍQUOTAS<br>ICMS IPI |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------|------|----------|-----|------|-----|------|-------------|----------|---------|----------|-----------|---------|-----------|-----------------------|
| 301439111    | PCBA00344 V01 R02 POWER<br>DISTRIBUTION<br>Equipamentos : 000000000000000007 |      | 84733019 | 000 | 6949 | PCE | 1,00 | 1.396,2400  | 1.396,24 | 0,00    | 0,00     | 1.535,86  | 107,51  | 139,62    | 7,0 10,0              |

### DE ADICIONAIS

REMESSA PARA TESTE | Cliente: 0094592366 / Doc.Venda: 0125431848 / Org.Vendas: BR93 / Canal Dist.: BR / Esc.Vendas: BRA /  
nossa: 0912828236 / Referência: / Faturamento: 0938117589 | Ped.Cliente: 48545183 / Rota: / Entrega: | Volume: 0.000 / Vol.UM.:  
AUTORIZADO CONFORME PROTOCOLO 51.253.994790/2017 | Cliente:HOSPITAL MUNICIPAL DE CAMPO NOVO DOS PARECIS | CNPJ: | Endereço:Av.  
asil n1669 | Bairro:centro | Cidade:MT | Cep:780036000 | UF:MT | Bloco e Andar:Centro Hospitalar Parecis | Contato: TARCISIO |  
s: | Setor:RX | Telefone:5565998555142 | | Op. Interestadual para n o contribuinte do ICMS Al e. ICMS UF destino R\$ 17,00  
lor total do DIFAL R\$ 153,86 - Valor DIFAL UF de origem R\$ 0,00 - Valor DIFAL UF Destino R\$ 153,86 - Valor FCF UF Destino R\$ 0,00  
JTORIZADO CONFORME PROTOCOLO 51.253.994790/2017 | Cliente:HOSPITAL MUNICIPAL DE CAMPO NOVO DOS PARECIS | CNPJ: | Endereço:Av.  
asil n1669 | Bairro:centro | Cidade:MT | Cep:780036000 | UF:MT | Bloco e Andar:Centro Hospitalar Parecis | Contato: TARCISIO |

### RESERVADO AO FISCO

58272285

CÂMARA MUNICIPAL  
Campo Novo do Parecis-MT.  
Fl. Nº 48

# PHILIPS

**Prezado Cliente,**

A Philips é uma empresa comprometida com a sustentabilidade e aplica em sua operação o conceito inovador de economia circular, que preve a utilização consciente e renovadora de seus produtos.

Uma das ações que adotamos nesta direção é garantir o retorno das peças aplicadas em campo. Para que este processo funcione, sua contribuição é fundamental!

Sempre que uma peça nova for aplicada em seu equipamento, garanta que a peça retirada da máquina esta adequadamente armazenada e disponível para ser retirada pelo nosso time de Coleta.

No momento da coleta, exija da transportadora o comprovante de que você esta entregando os itens: há uma clausula sobre esta responsabilidade registrada no nosso contrato de manutenção, bem como reforçada em nossas propostas de orçamento; em casos de extravio, o estabelecimento responsavel pelo equipamento pode sofrer multa de até 30% do valor do item!

Caso tenha qualquer dúvida sobre este processo, pedimos a gentileza de entrar em contato conosco! Estamos a sua disposição!

## Equipe de Serviços

PHILIPS BRASIL



0800 – SERVICE

(0800 – 7378423)



# PHILIPS

Philips Medical Systems Ltda.

Avenida Marcos Penteado de Ulhôa Rodrigues, 401, Parte 39

Bairro: Tambore, CEP.: 06460040,

Barueri, SP - Brasil

TEL.: 3599895814

## DANFE

Documento Auxiliar da  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº: 283615

SÉRIE: 14

FOLHA: 1/1

## CONTROLE DO FISCO



### CHAVE DE ACESSO

3519 0158 2952 1300 0178 5501 4000 2836 1514 8137 1737

Consulta de autenticidade no porta nacional da NF-e  
[www.nfe.fazenda.gov/portal](http://www.nfe.fazenda.gov/portal) ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
Outra saída merc prest serv nao especificado

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
206098218116

INSC. EST. SUBST. TRIBUT.  
136876323

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
135190030597041

2019-01-14 18:13:43-02:00

CNPJ

58.295.213/0001-78

### DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL  
MUNICÍPIO DE CAMPO NOVO DO PARECIS

ENDEREÇO  
AV MATO GROSSO, 66 NE

MUNICÍPIO  
CAMPO NOVO DO PARECIS

BAIRRO  
CENTRO

FONE / FAX  
(55) 6533-8251

UF  
MT

CNPJ / CPF

24.772.287/0001-36

CEP

78360-000

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA DA EMISSÃO

14/01/2019 18:10:07

DATA DE SAÍDA / ENTRADA

14/01/2019

HORA DE SAÍDA

20:12:48

### FATURA

| FATURA / DUPLICATA | VENCIMENTO | VALOR | FATURA / DUPLICATA | VENCIMENTO | VALOR | FATURA / DUPLICATA | VENCIMENTO | VALOR |
|--------------------|------------|-------|--------------------|------------|-------|--------------------|------------|-------|
|                    |            |       |                    |            |       |                    |            |       |

### VALOR POR EXTENSO:

Um Mil Quinhentos e Trinta e Cinco Reais e Oitenta e Seis Centavos

### CÁLCULO DO IMPOSTO

|                                     |                         |                                              |                                    |                                      |
|-------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS<br>1.535,86 | VALOR DO ICMS<br>107,51 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>1.396,24 |
| VALOR DO FRETE<br>0,00              | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>0,00                             | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR DO IPI<br>139,62               |
|                                     |                         |                                              |                                    | VALOR TOTAL DA NOTA<br>1.535,86      |

### TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

|                                                    |                                 |              |                     |          |                                       |
|----------------------------------------------------|---------------------------------|--------------|---------------------|----------|---------------------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>AEROSÓFT CARGAS AERÉAS LTDA | FRETE POR CONTA<br>0 - Emitente | CÓDIGO ANTT. | PLACA DO VEÍCULO    | UF       | CNPJ / CPF<br>01.014.373/0002-65      |
| ENDEREÇO<br>AVENIDA DAMASCENO V 109, ANEXO 135     | MUNICÍPIO<br>SAO PAULO          |              |                     | UF<br>SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>114.686.017.111 |
| QUANTIDADE<br>1                                    | ESPECIE<br>VOLUME(S)            | MARCA        | PESO BRUTO<br>0,672 |          | PESO LIQUIDO<br>0,672                 |

### DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

| COD. PRODUTO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS                                           | CEST | NCM/SH   | CST | CFOP | UN. | QTD. | V. UNITARIO | V. TOTAL | B.C. ST | VL. ICMS | B.C. ICMS | V. ICMS | VALOR IPI | ALÍQUOTAS<br>ICMS IPI |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------|------|----------|-----|------|-----|------|-------------|----------|---------|----------|-----------|---------|-----------|-----------------------|
| 459801439111 | PCBA00344 V01 ROZ POWER<br>DISTRIBUTION<br>Equipamentos :000000000000000007 |      | 84733019 | 000 | 6949 | PCE | 1,00 | 1.396,2400  | 1.396,24 | 0,00    | 0,00     | 1.535,86  | 107,51  | 139,62    | 7,0 10,0              |

### DADOS ADICIONAIS

REMESSA PARA TESTE | Cliente: 0094592386 / Doc.Venda: 0125431848 / Org.Vendas: BR93 / Canal Dist.: BR / Esc.Vendas: BRA /  
Remessa: 0812628236 / Referência: / Faturamento: 0938117589 / Ped.Cliente: 48845183 / Rota: / Entrega: / Volume: 0.000 / Vol.UM.:  
M3AUTORIZADO CONFORME PROTOCOLO 51.253.994790/2017 | | Cliente:HOSPITAL MUNICIPAL DE CAMPO NOVO DOS PARECIS | CNPJ: | Endereço:Av.  
Brasil n1669 | Bairro:centro | Cidade:MT | Cep:780036000 | UF:MT | Bloco e Andar:Centro Hospitalar Parecis | Contato: TARCISIO |  
Obs: | Setor:RX | Telefone:5565999555142 | | Op. Interestadual para n o contribuinte do ICMS Al g. ICMS UF destino R\$ 17,00  
Valor total do DIFAL R\$ 153,59 - Valor DIFAL UF de origem R\$ 0,00 - Valor DIFAL UF Destino R\$ 153,59 - Valor FCP UF Destino R\$ 0,00  
/AUTORIZADO CONFORME PROTOCOLO 51.253.994790/2017 | | Cliente:HOSPITAL MUNICIPAL DE CAMPO NOVO DOS PARECIS | CNPJ: | Endereço:Av.  
Brasil n1669 | Bairro:centro | Cidade:MT | Cep:780036000 | UF:MT | Bloco e Andar:Centro Hospitalar Parecis | Contato: TARCISIO |  
Obs: | Setor:RX | Telefone:5565999555142 |

### RESERVADO AO FISCO

53x72x29

CÂMARA MUNICIPAL  
Campo Novo do Parecis-MT.  
Fl. Nº. 50

0800 SERVICE

0800 737 8423

PHILIPS

Ordem de Serviço N° 48845183 / 10

( ) Interno  
( ) Externo

Data: 12 / 01 / 19

IS N° 288855

Cliente:

Equipamento:

Cidade:

N° de Série:

Contato:

Depto:

| DATA  | INÍCIO | TÉRMINO | HORAS<br>TRABALHO | HORAS<br>VIAGENS |
|-------|--------|---------|-------------------|------------------|
| 12.01 | 07:00  | 12:30   | 05:30             | 05:30            |
| 12.01 | 12:30  | 16:00   | 03:30             |                  |
|       |        |         |                   |                  |
|       |        |         |                   |                  |
|       |        |         |                   |                  |
|       |        |         |                   |                  |
|       |        |         |                   |                  |

| Atividade             | Defeito                |
|-----------------------|------------------------|
| ( ) Instalação        | ( ) Elétrico           |
| ( ) Garantia          | ( ) Mecânico           |
| ( ) Corretivo         | ( ) Orientação         |
| ( ) FCO               | ( ) Software           |
| ( ) Preventivo        | ( ) Agente externo     |
| ( ) Revisão Originais | ( ) Outros Discriminar |
| ( ) Comercial         |                        |
| ( ) Outros            |                        |

Descrição do Chamado:

Descrição dos Serviços Executados:

Testes Efetuados:

Pendências / Observações:

Ferramentas Calibráveis Utilizadas:

| Ferramenta | Modelo | Serial Number | Data da Calibração | Ferramenta | Modelo | Serial Number | Data da Calibração |
|------------|--------|---------------|--------------------|------------|--------|---------------|--------------------|
|            |        |               | / /                |            |        |               | / /                |
|            |        |               | / /                |            |        |               | / /                |

Materials Utilizados:

| Qtde. | Descrição | NF | P/N Aplicado | S/N Aplicado | P/N Retirado | S/N Retirado |
|-------|-----------|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |

Trabalho Concluído Sim (X) Não ( ) Aguardando Peças ( )

Dados do Engenheiro / Técnico:

Nome:

Matrícula:

Assinatura:

Dados do Cliente:

Nome:

Cargo:

Assinatura:

RG:

0800 SERVICE

0800 737 8423

PHILIPS

Ordem de Serviço Nº 48973809 / 20 ( ) Interno Data: 17.01.19 IS Nº **288854**  
Nº da SWO / Nº da Operação ( ) ExternoCliente: Município de Campo Novo do ParecisCidade: Campo Novo do Parecis Equipamento: DE Compact PendulumContato: DEA 5.0. N° de Série: DAFEX 301001

| DATA  | INÍCIO | TÉRMINO | HORAS TRABALHO | HORAS VIAGENS | Atividade             | Defeito                |
|-------|--------|---------|----------------|---------------|-----------------------|------------------------|
| 17.01 | 07:00  | 12:30   | —              | 05:30         | ( ) Instalação        | ( ) Elétrico           |
| 17.01 | 13:30  | 16:00   | 03:30          | —             | ( ) Garantia          | ( ) Mecânico           |
|       |        |         |                |               | ( ) Corretivo         | ( ) Orientação         |
|       |        |         |                |               | ( ) FCO               | ( ) Software           |
|       |        |         |                |               | ( ) Preventivo        | ( ) Agente externo     |
|       |        |         |                |               | ( ) Revisão Originais | ( ) Outros Discriminar |
|       |        |         |                |               | ( ) Comercial         |                        |
|       |        |         |                |               | ( ) Outros            |                        |

Descrição do Chamado: Problema 10.

Descrição dos Serviços Executados:

troca das placas abaixo:  
4590-014.3911 X.T peça 344.  
4598-015.84281 X.T peça 362.

Testes Efetuados:

test de diâmetro OK.

Pendências / Observações:

## Ferramentas Calibráveis Utilizadas:

| Ferramenta | Modelo | Serial Number | Data da Calibração | Ferramenta | Modelo | Serial Number | Data da Calibração |
|------------|--------|---------------|--------------------|------------|--------|---------------|--------------------|
|            |        |               | / /                |            |        |               | / /                |
|            |        |               | / /                |            |        |               | / /                |

## Materiais Utilizados:

| Qtde. | Descrição | NF | P/N Aplicado | S/N Aplicado | P/N Retirado | S/N Retirado |
|-------|-----------|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |

Trabalho Concluído Sim ( ) Não ( ) Aguardando Peças ( )

## Dados do Engenheiro / Técnico:

Nome: WalterMatrícula: QuilômetroAssinatura: Quilômetro

## Dados do Cliente:

Nome: Matthias B. Rodrigues TresCargo: Engenheiro / Somente RG: 001250788Assinatura: Matthias

0800 SERVICE

0800 737 8423

CÂMARA MUNICIPAL  
Campo Novo do Parecis-MT  
F.Nº. 53

PHILIPS

Ordem de Serviço Nº 49391283 / 40

Número da SWO / Número da Operação

( ) Interno  
( ) Externo

Data: 19 / 03 / 19

IS Nº 288835

Cliente: Município de Campo Novo do Parecis

Equipamento: Recompact Pendulum

Cidade: Campo Novo

Nº de Série: PAFGX 501001

Contato: Silvana

Depto:

| DATA  | INÍCIO | TÉRMINO | HORAS<br>TRABALHO | HORAS<br>VIAGENS |
|-------|--------|---------|-------------------|------------------|
| 18.03 | 09:00  | 14:00   | —                 | 05:00            |
| 18.03 | 14:00  | 18:00   | 04:00             | —                |
| 19.03 | 07:00  | 08:00   | 01:00             | —                |
|       |        |         |                   |                  |
|       |        |         |                   |                  |
|       |        |         |                   |                  |
|       |        |         |                   |                  |

| Atividade             | Defeito                |
|-----------------------|------------------------|
| ( ) Instalação        | ( ) Elétrico           |
| ( ) Garantia          | ( ) Mecânico           |
| ( ) Corretivo         | ( ) Orientação         |
| ( ) FCO               | ( ) Software           |
| ( ) Preventivo        | ( ) Agente externo     |
| ( ) Revisão Originais | ( ) Outros Discriminar |
| ( ) Comercial         |                        |
| ( ) Outros            |                        |

Descrição do Chamado: Erro E23.

Descrição dos Serviços Executados: Realizado ajuste no potencímetro de rotação do braço de Pendulum.

Testes Efetuados: teste de rotação e teste de exames  
Equipamento OK.

Pendências / Observações: #

Ferramentas Calibráveis Utilizadas:

| Ferramenta | Modelo | Serial Number | Data da Calibração | Ferramenta | Modelo | Serial Number | Data da Calibração |
|------------|--------|---------------|--------------------|------------|--------|---------------|--------------------|
|            |        |               |                    |            |        |               |                    |
|            |        |               |                    |            |        |               |                    |

Materiais Utilizados:

| Qtde. | Descrição | NF | P/N Aplicado | S/N Aplicado | P/N Retirado | S/N Retirado |
|-------|-----------|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |
|       |           |    |              |              |              |              |

Trabalho Concluído Sim (X) Não ( ) Aguardando Peças ( )

Dados do Engenheiro / Técnico:

Nome: Guilherme

Matrícula:  

Assinatura: Guilherme

Dados do Cliente:

Nome: Silvana Sbral

Cargo: Sec. P.C.

Assinatura: Silvana

RG: 2.5408.665-25

# PHILIPS

Philips Medical Systems Ltda.

Avenida Marcos Penteados de Uliã Rodrigues, 401, Parte 39

Bairro: Tambore, CEP.: 06460040,

Barueri, SP - Brasil

TEL.: 3599895814

## DANFE

Documento Auxiliar da  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº: 291113

SÉRIE: 14

FOLHA: 1/1

## CONTROLE DO FISCO



### CHAVE DE ACESSO

3519 0458 2952 1300 0178 5501 4000 2911 1314 4037 0470

Consulta de autenticidade no porta nacional da NF-e  
[www.nfe.fazenda.gov/portal](http://www.nfe.fazenda.gov/portal) ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
Outra saída merc. prpt. serv. não especificado

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
306098218116

INSC. EST. SUBST. TRIBUT.  
136876323

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
135190234949441

2019-04-02 15:50:56-03:00

CNPJ  
56.295.213/0001-78

### DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL  
MUNICIPIO DE CAMPO NOVO DO PARECIS

ENDEREÇO  
AV MATO GROSSO, 66 NE

MUNICÍPIO  
CAMPO NOVO DO PARECIS

BAIRRO  
CENTRO

FONE / FAX  
(55) 6533-8251

UF  
MT

CNPJ / CPF  
24.772.287/0001-36

CEP  
78360-000

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA DA EMISSÃO  
02/04/2019 15:47:57

DATA DE SAÍDA / ENTRADA  
02/04/2019

HORA DE SAÍDA  
18:49:43

### FATURA

| FATURA / DUPLICATA | VENCIMENTO | VALOR | FATURA / DUPLICATA | VENCIMENTO | VALOR | FATURA / DUPLICATA | VENCIMENTO | VALOR |
|--------------------|------------|-------|--------------------|------------|-------|--------------------|------------|-------|
|                    |            |       |                    |            |       |                    |            |       |

### VALOR POR EXTENSO:

Dois Mil Cento e Trinta e Três Reais e Quarenta e Dois Centavos

### CÁLCULO DO IMPOSTO

|                                     |                         |                                              |                                    |                                      |
|-------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS<br>2.133,42 | VALOR DO ICMS<br>149,34 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>2.031,81 |
| VALOR DO FRETE<br>0,00              | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>0,00                             | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR DO IPI<br>101,61               |
|                                     |                         |                                              |                                    | VALOR TOTAL DA NOTA<br>2.133,42      |

### TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

|                                                   |                                 |              |                     |          |                                       |
|---------------------------------------------------|---------------------------------|--------------|---------------------|----------|---------------------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>AEROSOF CARGAS AEREAS LTDA | FRETE POR CONTA<br>0 - Emitente | CODIGO ANTT. | PLACA DO VEÍCULO    | UF       | CNPJ / CPF<br>01.014.373/0002-65      |
| ENDEREÇO<br>AVENIDA DAMASCENO V 109, ANEXO 135    | MUNICÍPIO<br>SAO PAULO          |              |                     | UF<br>SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>114.686.017.111 |
| QUANTIDADE<br>3                                   | ESPÉCIE<br>VOLUME(S)            | MARCA        | PESO BRUTO<br>0,468 |          | PESO LÍQUIDO<br>0,216                 |

### DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

| COD. PRODUTO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS                                               | CST | NCM/SH   | CST | CFOP | UN. | QTD. | V. UNITÁRIO | V. TOTAL | B.C. ST | VL. ICMS | B.C. ICMS | V. ICMS | VALOR IPI | ALÍQUOTAS<br>ICMS IPI |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----|----------|-----|------|-----|------|-------------|----------|---------|----------|-----------|---------|-----------|-----------------------|
| 450602243101 | CONJUNTO POTENCIOMETRO UP/DOWN<br>PENDULUM                                      |     | 90229090 | 000 | 6949 | PCE | 1,00 | 747,50000   | 747,50   | 0,00    | 0,00     | 784,88    | 54,94   | 37,38     | 7,0 5,0               |
| 450602243081 | CONJUNTO POTENCIOMETRO DE ROTACAO<br>BRACO                                      |     | 90229090 | 000 | 6949 | PCE | 1,00 | 774,91000   | 774,91   | 0,00    | 0,00     | 813,66    | 56,96   | 38,75     | 7,0 5,0               |
| 459801415561 | KIT PCI00259 01 MEDICAO DE<br>POSICIONAMENT<br>Equipamentos :000000000114092306 |     | 90229090 | 000 | 6949 | PCE | 1,00 | 254,70000   | 254,70   | 0,00    | 0,00     | 267,44    | 18,72   | 12,74     | 7,0 5,0               |
| 459801415561 | KIT PCI00259 01 MEDICAO DE<br>POSICIONAMENT<br>Equipamentos :000000000114092290 |     | 90229090 | 000 | 6949 | PCE | 1,00 | 254,70000   | 254,70   | 0,00    | 0,00     | 267,44    | 18,72   | 12,74     | 7,0 5,0               |

ALT Brasil  
O.T.I. Brasil Transportes Ltda.  
Donizete  
Motorista-Placa NPJ-6329

### DADOS ADICIONAIS

REMESSA PARA TESTE | Cliente: 0094592386 / Doc.Venda: 0125562792 / Org.Vendas: BR93 / Canal Dist.: BR / Esc.Vendas: BRA /  
Remessa: 0813135421 / Referência: / Faturamento: 0938627186 | Ped.Cliente: 49391283 / Rota: / Entrega: | Volume: 0.000 / Vol.UM.:  
M3AUTORIZADO CONFORME PROTOCOLO 51.253.994790/2017 | Cliente:MUNICIPIO DE CAMPO NOVO DO PARECIS Associac o pro saude | CNPJ: |  
Endereço:Av Brasil, 1669 | Bairro: centro | Cidade: Campo Novo do Parecis | Cep: | UF:MT | Bloco e Andar: | Contato:Tarcizilio |  
Obs: | Setor: eng clinica | Telefone: | | Op. Interessada para n o contribuinte do ICMS Al q. ICMS UF destino R\$ 17,00  
Valor total do DIFAL R\$ 213,33 - Valor DIFAL UF de origem R\$ 0,00 - Valor DIFAL UF Destino R\$ 213,33 - Valor FCP UF Destino R\$ 0,00  
/AUTORIZADO CONFORME PROTOCOLO 51.253.994790/2017 | Cliente:MUNICIPIO DE CAMPO NOVO DO PARECIS Associac o pro saude | CNPJ: |  
Endereço:Av Brasil, 1669 | Bairro: centro | Cidade: Campo Novo do Parecis | Cep: | UF:MT | Bloco e Andar: | Contato:Tarcizilio |  
Obs: | Setor: eng clinica | Telefone: |  
cep. 78360-000

### RESERVADO AO FISCO

33x15x18  
23x9x16:2

CÂMARA MUNICIPAL  
Campo Novo do Parecis-MT.  
Fl. Nº 64

**AEROSoft**

**AEROSOFT CARGAS AEREAS LTDA**

AV DAMASCENO VIEIRA, 109  
 VILA MASCOTE - 04363-040  
 SAO PAULO - SP  
 Fone/Fax: ( ) 5567-1700  
 CNPJ: 01.014.373/0002-65  
 Insc. Estadual: 114686017111



**DACTE**

Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico

**MODAL**

**Rodoviário**

**DATA/HORA DE EMISSA**

02/04/2019 19:32

| MODELO | SÉRIE | NÚMERO  | FL  | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO | INSC. SUFRAMA DO DESTINATÁRIO |
|--------|-------|---------|-----|--------------------------|-------------------------------|
| 57     | 1     | 2019497 | 1/1 | 135191443251569          |                               |



**CHAVE DE ACESSO**

35.1904.01.014.373/0002-65-57-001-002.019.497-140.237.812-1

| TIPO DO CTE | TIPO DO SERVIÇO | TOMADOR DO SERVIÇO | FORMA DE PAGAMENTO |
|-------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| Normal      | Normal          | Remetente          |                    |

| CFOP - NATUREZA DA PRESTAÇÃO | INÍCIO DA PRESTAÇÃO | TÉRMINO DA PRESTAÇÃO       |
|------------------------------|---------------------|----------------------------|
| 6353 - TRANSPORTE            | BARUERI - SP        | CAMPO NOVO DO PARECIS - MT |

| REMETENTE                                                                                                                                                                                 | COMPONENTES DO VALOR DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |      |       |          |                    |  |                  |                  |  |                |      |  |              |      |  |                |      |  |               |      |  |                     |          |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|-------|----------|--------------------|--|------------------|------------------|--|----------------|------|--|--------------|------|--|----------------|------|--|---------------|------|--|---------------------|----------|--|
| PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA<br>END AV DR MARCOS PENTEADO DE ULHOA RODRIGUES, 401 - SETOR<br>MUN TAMBORE - BARUERI - SP CEP 06460-040<br>CNPJ/CPF 58.295.213/0001-78 IE 206098218116 FONE | <table border="1"> <tr> <th>MERCADORIA</th> <th>NOME</th> <th>VALOR</th> </tr> <tr> <td>CONTEÚDO</td> <td>MATL. MEDICO HOSP.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NOTA DE DESPACHO</td> <td>ND SAO 1-4976730</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PESO TAXADO KG</td> <td>2,59</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PESO REAL KG</td> <td>0,46</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PESO CUBADO KG</td> <td>2,59</td> <td></td> </tr> <tr> <td>QTD VOLUME UN</td> <td>3,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VL TOTAL MERCADORIA</td> <td>2.133,42</td> <td></td> </tr> </table> | MERCADORIA | NOME | VALOR | CONTEÚDO | MATL. MEDICO HOSP. |  | NOTA DE DESPACHO | ND SAO 1-4976730 |  | PESO TAXADO KG | 2,59 |  | PESO REAL KG | 0,46 |  | PESO CUBADO KG | 2,59 |  | QTD VOLUME UN | 3,00 |  | VL TOTAL MERCADORIA | 2.133,42 |  |
| MERCADORIA                                                                                                                                                                                | NOME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | VALOR      |      |       |          |                    |  |                  |                  |  |                |      |  |              |      |  |                |      |  |               |      |  |                     |          |  |
| CONTEÚDO                                                                                                                                                                                  | MATL. MEDICO HOSP.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |      |       |          |                    |  |                  |                  |  |                |      |  |              |      |  |                |      |  |               |      |  |                     |          |  |
| NOTA DE DESPACHO                                                                                                                                                                          | ND SAO 1-4976730                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |      |       |          |                    |  |                  |                  |  |                |      |  |              |      |  |                |      |  |               |      |  |                     |          |  |
| PESO TAXADO KG                                                                                                                                                                            | 2,59                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |      |       |          |                    |  |                  |                  |  |                |      |  |              |      |  |                |      |  |               |      |  |                     |          |  |
| PESO REAL KG                                                                                                                                                                              | 0,46                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |      |       |          |                    |  |                  |                  |  |                |      |  |              |      |  |                |      |  |               |      |  |                     |          |  |
| PESO CUBADO KG                                                                                                                                                                            | 2,59                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |      |       |          |                    |  |                  |                  |  |                |      |  |              |      |  |                |      |  |               |      |  |                     |          |  |
| QTD VOLUME UN                                                                                                                                                                             | 3,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |      |       |          |                    |  |                  |                  |  |                |      |  |              |      |  |                |      |  |               |      |  |                     |          |  |
| VL TOTAL MERCADORIA                                                                                                                                                                       | 2.133,42                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |      |       |          |                    |  |                  |                  |  |                |      |  |              |      |  |                |      |  |               |      |  |                     |          |  |

| DESTINATÁRIO                                                                                                                                                          | SEGURO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |                      |                 |            |        |        |             |  |  |         |  |  |                  |  |  |         |  |  |                 |  |  |                                |  |  |              |        |  |           |      |  |            |      |  |                |      |  |         |      |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|------------|--------|--------|-------------|--|--|---------|--|--|------------------|--|--|---------|--|--|-----------------|--|--|--------------------------------|--|--|--------------|--------|--|-----------|------|--|------------|------|--|----------------|------|--|---------|------|--|
| MUNICIPIO DE CAMPO NOVO DO PARECIS<br>END AV BRASIL, 1669<br>MUN CENTRO - CAMPO NOVO DO PARECIS - MT CEP<br>CNPJ/CPF 24.772.287/0001-36 IE ISENTO FONE (55) 6533-8251 | <table border="1"> <tr> <th>SEGURO</th> <th>VI. TOTAL DO SERVIÇO</th> <th>VALOR A RECEBER</th> </tr> <tr> <td>SEGURADORA</td> <td>108,84</td> <td>108,84</td> </tr> <tr> <td>RESPONSÁVEL</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>APÓLICE</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NÚMERO AVERBAÇÃO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>IMPOSTO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SIT. TRIBUTÁRIA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00 - Tributação normal do ICMS</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BASE CÁLCULO</td> <td>108,84</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALÍQ ICMS</td> <td>7,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VALOR ICMS</td> <td>7,62</td> <td></td> </tr> <tr> <td>% RED. BC ICMS</td> <td>0,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ICMS ST</td> <td>0,00</td> <td></td> </tr> </table> | SEGURO          | VI. TOTAL DO SERVIÇO | VALOR A RECEBER | SEGURADORA | 108,84 | 108,84 | RESPONSÁVEL |  |  | APÓLICE |  |  | NÚMERO AVERBAÇÃO |  |  | IMPOSTO |  |  | SIT. TRIBUTÁRIA |  |  | 00 - Tributação normal do ICMS |  |  | BASE CÁLCULO | 108,84 |  | ALÍQ ICMS | 7,00 |  | VALOR ICMS | 7,62 |  | % RED. BC ICMS | 0,00 |  | ICMS ST | 0,00 |  |
| SEGURO                                                                                                                                                                | VI. TOTAL DO SERVIÇO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | VALOR A RECEBER |                      |                 |            |        |        |             |  |  |         |  |  |                  |  |  |         |  |  |                 |  |  |                                |  |  |              |        |  |           |      |  |            |      |  |                |      |  |         |      |  |
| SEGURADORA                                                                                                                                                            | 108,84                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 108,84          |                      |                 |            |        |        |             |  |  |         |  |  |                  |  |  |         |  |  |                 |  |  |                                |  |  |              |        |  |           |      |  |            |      |  |                |      |  |         |      |  |
| RESPONSÁVEL                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                      |                 |            |        |        |             |  |  |         |  |  |                  |  |  |         |  |  |                 |  |  |                                |  |  |              |        |  |           |      |  |            |      |  |                |      |  |         |      |  |
| APÓLICE                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                      |                 |            |        |        |             |  |  |         |  |  |                  |  |  |         |  |  |                 |  |  |                                |  |  |              |        |  |           |      |  |            |      |  |                |      |  |         |      |  |
| NÚMERO AVERBAÇÃO                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                      |                 |            |        |        |             |  |  |         |  |  |                  |  |  |         |  |  |                 |  |  |                                |  |  |              |        |  |           |      |  |            |      |  |                |      |  |         |      |  |
| IMPOSTO                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                      |                 |            |        |        |             |  |  |         |  |  |                  |  |  |         |  |  |                 |  |  |                                |  |  |              |        |  |           |      |  |            |      |  |                |      |  |         |      |  |
| SIT. TRIBUTÁRIA                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                      |                 |            |        |        |             |  |  |         |  |  |                  |  |  |         |  |  |                 |  |  |                                |  |  |              |        |  |           |      |  |            |      |  |                |      |  |         |      |  |
| 00 - Tributação normal do ICMS                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                      |                 |            |        |        |             |  |  |         |  |  |                  |  |  |         |  |  |                 |  |  |                                |  |  |              |        |  |           |      |  |            |      |  |                |      |  |         |      |  |
| BASE CÁLCULO                                                                                                                                                          | 108,84                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |                      |                 |            |        |        |             |  |  |         |  |  |                  |  |  |         |  |  |                 |  |  |                                |  |  |              |        |  |           |      |  |            |      |  |                |      |  |         |      |  |
| ALÍQ ICMS                                                                                                                                                             | 7,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                      |                 |            |        |        |             |  |  |         |  |  |                  |  |  |         |  |  |                 |  |  |                                |  |  |              |        |  |           |      |  |            |      |  |                |      |  |         |      |  |
| VALOR ICMS                                                                                                                                                            | 7,62                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                      |                 |            |        |        |             |  |  |         |  |  |                  |  |  |         |  |  |                 |  |  |                                |  |  |              |        |  |           |      |  |            |      |  |                |      |  |         |      |  |
| % RED. BC ICMS                                                                                                                                                        | 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                      |                 |            |        |        |             |  |  |         |  |  |                  |  |  |         |  |  |                 |  |  |                                |  |  |              |        |  |           |      |  |            |      |  |                |      |  |         |      |  |
| ICMS ST                                                                                                                                                               | 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                      |                 |            |        |        |             |  |  |         |  |  |                  |  |  |         |  |  |                 |  |  |                                |  |  |              |        |  |           |      |  |            |      |  |                |      |  |         |      |  |

| EXPEDIDOR | DOCUMENTOS ORIGINÁRIOS - NF-e               |
|-----------|---------------------------------------------|
|           | 3519045829521300017855014000291113144037047 |

| RECEBEDOR                                                                                                                                                                                                                     | IMPOSTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |                 |                                |              |        |           |      |            |      |                |      |         |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------|--------------------------------|--------------|--------|-----------|------|------------|------|----------------|------|---------|------|
| HL SERVICOS AUXILIARES DE TRANSPORTES AE<br>END AV AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, S N - QD 21 LOTE 24<br>MUN JARDIM COSTA VERDE - VARZEA GRANDE - MT CEP 78128-000<br>CNPJ/CPF 06.267.142/0001-04 IE ISENTO FONE (65) 3362-3692 | <table border="1"> <tr> <th>IMPOSTO</th> </tr> <tr> <td>SIT. TRIBUTÁRIA</td> </tr> <tr> <td>00 - Tributação normal do ICMS</td> </tr> <tr> <td>BASE CÁLCULO</td> </tr> <tr> <td>108,84</td> </tr> <tr> <td>ALÍQ ICMS</td> </tr> <tr> <td>7,00</td> </tr> <tr> <td>VALOR ICMS</td> </tr> <tr> <td>7,62</td> </tr> <tr> <td>% RED. BC ICMS</td> </tr> <tr> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>ICMS ST</td> </tr> <tr> <td>0,00</td> </tr> </table> | IMPOSTO | SIT. TRIBUTÁRIA | 00 - Tributação normal do ICMS | BASE CÁLCULO | 108,84 | ALÍQ ICMS | 7,00 | VALOR ICMS | 7,62 | % RED. BC ICMS | 0,00 | ICMS ST | 0,00 |
| IMPOSTO                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |                 |                                |              |        |           |      |            |      |                |      |         |      |
| SIT. TRIBUTÁRIA                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |                 |                                |              |        |           |      |            |      |                |      |         |      |
| 00 - Tributação normal do ICMS                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |                 |                                |              |        |           |      |            |      |                |      |         |      |
| BASE CÁLCULO                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |                 |                                |              |        |           |      |            |      |                |      |         |      |
| 108,84                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |                 |                                |              |        |           |      |            |      |                |      |         |      |
| ALÍQ ICMS                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |                 |                                |              |        |           |      |            |      |                |      |         |      |
| 7,00                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |                 |                                |              |        |           |      |            |      |                |      |         |      |
| VALOR ICMS                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |                 |                                |              |        |           |      |            |      |                |      |         |      |
| 7,62                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |                 |                                |              |        |           |      |            |      |                |      |         |      |
| % RED. BC ICMS                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |                 |                                |              |        |           |      |            |      |                |      |         |      |
| 0,00                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |                 |                                |              |        |           |      |            |      |                |      |         |      |
| ICMS ST                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |                 |                                |              |        |           |      |            |      |                |      |         |      |
| 0,00                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |                 |                                |              |        |           |      |            |      |                |      |         |      |

| TOMADOR                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA<br>END AV DR MARCOS PENTEADO DE ULHOA RODRIGUES, 401 - SETOR<br>MUN TAMBORE - BARUERI - SP CEP 06460-040<br>CNPJ/CPF 58.295.213/0001-78 IE 206098218116 FONE |

TRIBUTACAO NORMAL DO ICMS - CLIENTE: MUNICIPIO DE CAMPO NOVO DO PARECIS ASSOCIAC O PRO SAUDE CNPJ; ENDEREÇO: AV BRASIL 1669 BAIRRO: CENTRO CIDADE: CAMPO NOVO DO PARECIS CEP: UF: MT 02062448 CUB: 16X9X23 18X15X33 [ Trecho: SAO/CGS-I CONVENCIONAL ORIGEM OU DESTINO SAO Nfs: 291113 - Local para Entrega: MUNICIPIO DE CAMPO NOVO DO PARECIS END: BRASIL 1669 CENTRO - CAMPO NOVO DO PARECIS - MT ]

DECLARO QUE RECEBI OS VOLUMES DESTE CONHECIMENTO EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOU POR CUMPRIDO O PRESENTE CONTRATO DE TRANSPORTE

| NOME                 | INÍCIO DA PRESTAÇÃO - DATA/HORA  | CT-E                 |
|----------------------|----------------------------------|----------------------|
|                      |                                  |                      |
| RG                   | TÉRMINO DA PRESTAÇÃO - DATA/HORA | Nº. DOCUMENTO 201949 |
|                      |                                  |                      |
| ASSINATURA / CARIMBO |                                  | SÉRIE 1              |
|                      |                                  |                      |

**0800 SERVICE**

0800 737 8423

CÂMARA MUNICIPAL  
Campo Novo do Parecis-MT.  
FINº 5688**PHILIPS**

Ordem de Serviço Nº 19391263 / 20

Número da SWO / Número da Operação

( ) Interno

( ) Externo

Data: 24 / 11 / 19

IS Nº 293685

Cliente: Município de Campo Novo

Cidade: Campo Novo

Equipamento: 28 Ampulhet Pendulum

Contato:

Nº de Série: PAFGX301001

Depto:

| DATA     | INÍCIO | TÉRMINO | HORAS<br>TRABALHO | HORAS<br>VIAGENS |
|----------|--------|---------|-------------------|------------------|
| 24.11.19 | 06:00  | 10:00   | —                 | 04:00            |
| 24.11.19 | 13:00  | 12:30   | 02:30             | —                |
|          |        |         |                   |                  |
|          |        |         |                   |                  |
|          |        |         |                   |                  |
|          |        |         |                   |                  |
|          |        |         |                   |                  |
|          |        |         |                   |                  |

| Atividade             | Defeito                |
|-----------------------|------------------------|
| ( ) Instalação        | ( ) Elétrico           |
| ( ) Garantia          | ( ) Mecânico           |
| ( ) Corretivo         | ( ) Orientação         |
| ( ) FCO               | ( ) Software           |
| ( ) Preventivo        | ( ) Agente externo     |
| ( ) Revisão Originais | ( ) Outros Discriminar |
| ( ) Comercial         |                        |
| ( ) Outros            |                        |

Descrição do Chamado: Com 603.

Descrição dos Serviços Executados: troca do potenciômetro de notação  
do braço da pendulum.Testes Efetuados: Depois de troca do potenciômetro de notação  
os testes feitos não apresentaram defeito.

Pendências / Observações:

## Ferramentas Calibráveis Utilizadas:

| Ferramenta | Modelo | Serial Number | Data da Calibração |
|------------|--------|---------------|--------------------|
|            |        |               |                    |
|            |        |               |                    |

| Ferramenta | Modelo | Serial Number | Data da Calibração |
|------------|--------|---------------|--------------------|
|            |        |               |                    |
|            |        |               |                    |

## Materiais Utilizados:

| Qtde. | Descrição          | NF           | P/N Aplicado | S/N Aplicado | P/N Retirado | S/N Retirado |
|-------|--------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 1     | Conj. pot. notação | 150622843061 |              |              |              |              |
|       |                    |              |              |              |              |              |
|       |                    |              |              |              |              |              |
|       |                    |              |              |              |              |              |
|       |                    |              |              |              |              |              |

Trabalho Concluído Sim (x) Não ( ) Aguardando Peças ( )

Dados do Engenheiro / Técnico:

Nome: Gustavo

Matrícula:

Assinatura: Gustavo

Dados do Cliente:

Nome:

Cargo:

Assinatura:

RG:

6- manutenção (Garantia)  
em 15/08/19

**Philips Healthcare**  
0800 701 7789

**PHILIPS**

Ordem de Serviço N° 50342021 /10  
Número da SWO / Número da Operação  
Cliente: MUNICIPIO DE CAMPO NOVO DO PARECIS

( ) Interno  
(X) Externo Data: 15 /08 /19

IS N°

CÂMARA MUNICIPAL  
Campo Novo do Parecis-MT.  
FIN° 57

Equipamento: DR COMPACT PENDULUM

Cidade: CAMPO NOVO DO PARECIS/MT

N° de Série: PAFGX301001

Contato: SILVANA 65-9.9979-3862

Depto: TÉC. RADIOLOGIA

| DATA     | INÍCIO  | TÉRMINO | HORAS TRABALHO | HORAS VIAGENS |
|----------|---------|---------|----------------|---------------|
| 15/08/19 | 09:00hs | 11:00hs | 02:00hs        |               |
|          |         |         |                |               |
|          |         |         |                |               |
|          |         |         |                |               |
|          |         |         |                |               |
|          |         |         |                |               |
|          |         |         |                |               |
|          |         |         |                |               |

| Atividade             | Defeito                |
|-----------------------|------------------------|
| ( ) Instalação        | ( ) Elétrico           |
| (X) Garantia          | ( ) Mecânico           |
| ( ) Corretivo         | ( ) Orientação         |
| ( ) FCO               | ( ) Software           |
| ( ) Preventivo        | ( ) Agente externo     |
| ( ) Revisão Originais | ( ) Outros Discriminar |
| ( ) Comercial         |                        |
| ( ) Outros            |                        |

Descrição do Chamado: NÃO CONSEGUE FAZER CALIBRAÇÃO DO DETECTOR

Descrição dos Serviços Executados: REFEITA APLICAÇÃO DE GRAXA DE SILICONE NOS CABOS DE ALTA TENSÃO DO TUBO, CALIBRAÇÃO BEM SUCEDIDA.

Testes Efetuados: CALIBRAÇÃO DETECTOR OK.

Pendências / Observações: ATIVIDADE REALIZADA.

**Ferramentas Calibráveis Utilizadas:**

| Ferramenta   | Modelo | Serial Number | Data da Calibração | Ferramenta | Modelo | Serial Number | Data da Calibração |
|--------------|--------|---------------|--------------------|------------|--------|---------------|--------------------|
| NÃO APLICADO |        |               | / /                |            |        |               | / /                |
|              |        |               | / /                |            |        |               | / /                |

**Materiais Utilizados:**

| Qtde. | Descrição    | NF | P/N Aplicado | S/N Aplicado | P/N Retirado | S/N Retirado |
|-------|--------------|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
|       | NÃO APLICADO |    |              |              |              |              |
|       |              |    |              |              |              |              |
|       |              |    |              |              |              |              |
|       |              |    |              |              |              |              |
|       |              |    |              |              |              |              |

Trabalho Concluído Sim (X) Não ( ) Aguardando Peças ( )

**Dados do Engenheiro / Técnico:**

Nome: WELLITON DE OLIVEIRA AMORIM

Matrícula:

**Dados do Cliente:**

Nome: SILVANA DA SILVA SOBRAL

Cargo:

Silvana S. Sobral  
Téc. Em Raio X  
CRTR: 01686T

Atestamos que os mesmos foram examinados, conforme estes constates do Boletim de Conformidade/Certificado de Autenticidade, servindo o aceite da presente para todos os efeitos legais.

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e  
Nº.: 000.008.394  
SÉRIE: 1

CÂMARA MUNICIPAL

Campo Novo do Parecis-MT.

CEI Nº

**São Bernardo**  
Soluções para a Saúde

**CIRURGICA SAO BERNARDO LTDA**  
SAAN QUADRA 3 LOTE 980, 970/980, ASA NORTE  
70632.300 - BRASILIA/DF  
Fone/Fax: (61) 3233-2958

**DANFE**  
Documento Auxiliar da Nota  
Fiscal Eletronica

**NF-e**  
Nº.: 000.008.394  
SÉRIE: 1

1- Saída 1 FLS.:1/1  
2- Entrada



CHAVE DE ACESSO DA NF-E

5319 1200 8388 9600 0182 5500 1000 0083 9417 5533 0322

CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO PORTAL NACIONAL DA NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal OU SITE DA SEFAZ AUTORIZADA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

353190057035092 19/12/2019 14:05:00

OPERAÇÃO

VENDA MERC. ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERC 6102

INSCRIÇÃO ESTADUAL

0731322300171

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

00.838.896/0001-82

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO PRO SAUDE DE PARECIS

ENDEREÇO

AV. BRASIL, 1669

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

78360-000

DATA DA EMISSÃO

19/12/19

DATA DA ENTRADA / SAÍDA

MUNICÍPIO

CAMPO NOVO DO PARECIS

FONE / FAX

65 3382-1125

UF

MT

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA ENTRADA / SAÍDA

FATURA

| FATURA | VENCIMENTO | VALOR          | FATURA | VENCIMENTO | VALOR | FATURA | VENCIMENTO | VALOR |
|--------|------------|----------------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| 8394   | 18/01/20   | R\$: 13.552,20 |        |            |       |        |            |       |

CALCULO DOS IMPOSTOS

BASE DE CALCULO DO ICMS

VALOR DO ICMS

11.176,20

1.341,14

BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

11.176,20

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

264,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

13.552,20

TRANSPORTADORA / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

0 - Emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

1

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

5,400

PESO LÍQUIDO

5,400

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CODIGO<br>PRODUTO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS                 | NCM / SH | CST | CFOP  | UNI | QUANT. | V. UNIT.   | V. DESC. | V. TOTAL | BC. ICMS | V. ICMS | V. IPI | ALIQ.<br>ICMS | ALIQ.<br>IPI |
|-------------------|---------------------------------------------------|----------|-----|-------|-----|--------|------------|----------|----------|----------|---------|--------|---------------|--------------|
| SERVIÇO           | SERVIÇO REFERENTE A REPARO. MÃO DE OBRA - PHILIPS | 99       | 040 | 6.933 | H   | 1,00   | 2.640,0000 | 264,00   | 2.640,00 | 0,00     | 0,00    | 0,00   | 7,00%         | 0,00%        |
| 459601469331      | OS: 009858<br>PCBA00084-V01-R03 CONTROLE S DR     | 90181990 | 000 | 6.102 | UN  | 1      | 3.414,6000 | 0,00     | 3.414,60 | 3.414,60 | 409,75  | 0,00   | 12,00%        | 0,00%        |
| 453601469341      | OS: 009858<br>CONJ. PAINEL COMPACT DR             | 90181990 | 000 | 6.102 | UN  | 1      | 2.639,7000 | 0,00     | 2.639,70 | 2.639,70 | 318,76  | 0,00   | 12,00%        | 0,00%        |
| 453601352711      | OS: 009858<br>EPROM GRAVADO CEA083A 3.0.12        | 90181990 | 000 | 6.102 | UN  | 1      | 758,10000  | 0,00     | 758,10   | 758,10   | 90,97   | 0,00   | 12,00%        | 0,00%        |
| 453601415731      | OS: 009858<br>PCBA00086-V02-R00 PLACA FILAMENTO   | 90181990 | 000 | 6.102 | PC  | 1      | 4.363,8000 | 0,00     | 4.363,80 | 4.363,80 | 523,66  | 0,00   | 12,00%        | 0,00%        |

*(Assinatura)*  
Associação Pro-Saúde Parecis/OS  
Ademir Marraão  
CPF: 645 105.479-53  
Diretor Presidente

DADOS DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

731322300171

VALOR TOTAL SERVIÇOS

2.376,00

BASE DE CALCULO ISSQN

2.376,00

VALOR DO ISSQN

118,80

FUNRURAL

0,00

TOTAL FATURADO

13.552,20

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Val. Aprox. Tributos 1.012,67 Fonte: IBPTJ

O.S.: 009858/1, 009858/2

Representante: DF - SUPORTE (CLAUDINEY) Representante: MT - SUPORTE (WELLITON)

RESERVADO AO FISCO



|                                                                                                       |                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Beneficiário<br><b>CIRURGICA SAO BERNARDO LTDA-<br/>00.838.896/0001-82<br/>SAAN QUADRA 3 LOTE 980</b> | Vencimento<br><b>16/03/2020</b>                |
| Data do Documento<br><b>19/12/2019</b>                                                                | Nosso Número<br><b>26366700000001595</b>       |
| Nº do Documento<br><b>8394</b>                                                                        | (=) Valor do documento<br><b>R\$ 13.552,20</b> |
|                                                                                                       | (-) Desconto                                   |
|                                                                                                       | (-) Outras Deduções/Abatimento                 |
|                                                                                                       | (+) Mora/Multa/Juros                           |
|                                                                                                       | (+) Outros Acréscimos                          |
|                                                                                                       | (=) Valor Cobrado                              |



BANCO DO BRASIL S/A

001-9

RECIBO DE SACADO

|                                                                                                                                                                                                                        |                                |                          |                    |                                            |                                                     |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--|
| Local de Pagamento<br><b>ATÉ O VENCIMENTO PAGAVÉL EM QUALQUER BANCO.</b>                                                                                                                                               |                                |                          |                    |                                            | Vencimento<br><b>16/03/2020</b>                     |  |
| Beneficiário<br><b>CIRURGICA SAO BERNARDO LTDA - 00.838.896/0001-82<br/>SAAN QUADRA 3 LOTE 980</b>                                                                                                                     |                                |                          |                    |                                            | Agência / Código Cedente<br><b>2474-7/0056544-X</b> |  |
| Data do Documento<br><b>19/12/2019</b>                                                                                                                                                                                 | Nº do Documento<br><b>8394</b> | Espécie Doc<br><b>DM</b> | Aceite<br><b>N</b> | Data do Processamento<br><b>05/03/2020</b> | Nosso Número<br><b>26366700000001595</b>            |  |
| Uso do Banco                                                                                                                                                                                                           | Carteira<br><b>17/019</b>      | Espécie<br><b>RS</b>     | Quantidade         | Valor                                      | (=) Valor do documento<br><b>13.552,20</b>          |  |
| Instruções: (Todas informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)<br><b>Juros por dia de atraso R\$ 9,03</b><br><b>Multa de R\$ 135,52</b><br><br><b>PROTESTAR APÓS 5 DIAS DE VENCIMENTO</b> |                                |                          |                    |                                            | (-) Desconto/Abatimento                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                        |                                |                          |                    |                                            |                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                        |                                |                          |                    |                                            | (+) Mora/Multa                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                        |                                |                          |                    |                                            | (=) Valor Cobrado                                   |  |
| Pagador<br><b>ASSOCIACAO PRO SAUDE DE PARECIS<br/>AV. BRASIL 1669<br/>CAMPO NOVO DO PARECIS</b>                                                                                                                        |                                |                          |                    |                                            | <b>78360.000<br/>MT</b>                             |  |
| Sacador/Avalista                                                                                                                                                                                                       |                                |                          |                    |                                            | Cód. de Baixa                                       |  |
| Recebimento do Cheque no<br>Do Banco<br>Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco sacado.<br>Até o vencimento pagável em qualquer agência bancária.                                         |                                |                          |                    |                                            | Autenticação Mecânica                               |  |

g



BANCO DO BRASIL S/A

001-9

00190.00009 02636.670008 00001.595172 4  
81960001355220

|                                                                                                                                                                                                                        |                                |                          |                    |                                            |                                                     |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--|
| Local de Pagamento<br><b>ATÉ O VENCIMENTO PAGAVÉL EM QUALQUER BANCO.</b>                                                                                                                                               |                                |                          |                    |                                            | Vencimento<br><b>16/03/2020</b>                     |  |
| Beneficiário<br><b>CIRURGICA SAO BERNARDO LTDA - 00.838.896/0001-82<br/>SAAN QUADRA 3 LOTE 980</b>                                                                                                                     |                                |                          |                    |                                            | Agência / Código Cedente<br><b>2474-7/0056544-X</b> |  |
| Data do Documento<br><b>19/12/2019</b>                                                                                                                                                                                 | Nº do Documento<br><b>8394</b> | Espécie Doc<br><b>DM</b> | Aceite<br><b>N</b> | Data do Processamento<br><b>05/03/2020</b> | Nosso Número<br><b>26366700000001595</b>            |  |
| Uso do Banco                                                                                                                                                                                                           | Carteira<br><b>17/019</b>      | Espécie<br><b>RS</b>     | Quantidade         | Valor                                      | (=) Valor do documento<br><b>13.552,20</b>          |  |
| Instruções: (Todas informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)<br><b>Juros por dia de atraso R\$ 9,03</b><br><b>Multa de R\$ 135,52</b><br><br><b>PROTESTAR APÓS 5 DIAS DE VENCIMENTO</b> |                                |                          |                    |                                            | (-) Desconto/Abatimento                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                        |                                |                          |                    |                                            |                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                        |                                |                          |                    |                                            | (+) Mora/Multa                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                        |                                |                          |                    |                                            | (=) Valor Cobrado                                   |  |
| Pagador<br><b>ASSOCIACAO PRO SAUDE DE PARECIS<br/>AV. BRASIL 1669<br/>CAMPO NOVO DO PARECIS</b>                                                                                                                        |                                |                          |                    |                                            | <b>78360.000<br/>MT</b>                             |  |
| Sacador/Avalista                                                                                                                                                                                                       |                                |                          |                    |                                            | Cód. de Baixa                                       |  |

Autenticação Mecânica - FICHA DE COMPENSAÇÃO



|       |       |      |    |          |    |       |           |    |           |
|-------|-------|------|----|----------|----|-------|-----------|----|-----------|
| Comp. | Banco | Coop | C1 | Conta nº | C2 | Série | Cheque nº | C3 | R\$       |
| 018   | 748   | 8022 | 5  | 98186-9  | 3  | AOS   | 000339    | 5  | 13.552,20 |

Pague por este  
cheque a quantia de

Trze mil, Quinhentos e cinquenta e  
dois reais e Trinta centavos  
Cirurgica Sao Bernardo LTDA



COOPERATIVA DE CREDITO, POUPANCA E  
INVESTIMENTO DO SUDOESTE MT/PA -  
SICREDI SUDOESTE MT/PA  
32.995.755/0010-50  
SICREDI SUDOESTE MT/PA  
AV. BRASIL, 703, ESQ. RUA. BELEM  
PAC CAMPO NOVO DO PARECI - MT. CONFEÇÃO: 03/2019

ASSOCIAÇÃO PRO-SAÚDE DO PARECI  
048540050001-37

CLIENTE BANCARIO DESDE 01/2015

1408933

76880221 0180003395 000009818691

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
18/03/2020 - Autoatendimento - 17:29:13  
303670300 0323

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE  
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - CHEQUE

|              |                           |
|--------------|---------------------------|
| FAVORECIDO   | CIRURGICA SAO BERNARDO LT |
| AGENCIA:     | 3599-8                    |
| CONTA:       | 427.194-7                 |
| VALOR *      | 13.552,20                 |
| NR. ENVELOPE | 1.561.239.615             |

\* Acolhido em: 18/03/2020, na Agência 3036-8.

**Data da Proposta: 22/11/2019**

**Proposta de Orçamento nº: 9858/2**

Cliente: ASSOCIACAO PRO SAUDE DE PARECIS -

Endereço: AV. BRASIL

Cidade: CAMPO NOVO DO PARECIS

Telefone: 65 3382-1125

CNPJ: 04.854.005/0001-32

Contato: FERNANDA

FERNANDA

Obs.: CONFORME AVALIAÇÃO TÉCNICA, SEGUE ORÇAMENTO COMPLEMENTAR AO 9858/1.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 2x - NA APROVAÇÃO E 30 DIAS APÓS ENTREGA.

**Dados do Equipamento Objeto deste Orçamento:**

|                            |                                  |
|----------------------------|----------------------------------|
| Modelo do Equipamento      | CONJUNTO RADIOLOGICO DR PENDULUM |
| Nº de Série do Equipamento | PAFGX301001                      |

**Item (ns) de Mão de Obra e/ou peças para Substituição:**

| Item                               | Descrição do Item                 | Código do Item | Qtd. | Valor Un. | Valor Tot.       |
|------------------------------------|-----------------------------------|----------------|------|-----------|------------------|
| 1                                  | PCBA00084-V01-R03 CONTROLE S DR   | 459801469331   | 1    | 3.414,60  | 3.414,60         |
| 2                                  | CONJ. PAINEL COMPACT DR           | 459801469341   | 1    | 2.639,70  | 2.639,70         |
| 3                                  | EPROM GRAVADO CEA083A 3.0.12      | 459801352711   | 1    | 758,10    | 758,10           |
| 4                                  | PCBA00086-V02-R00 PLACA FILAMENTO | 459801415731   | 1    | 4.363,80  | 4.363,80         |
| <b>Valor Total Desta Proposta:</b> |                                   |                |      |           | <b>11.176,20</b> |

**Condições Gerais:**

|                         |                                                                                                                     |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prazo de Entrega        | Depende da Disponibilidade em estoque e da aprovação de orçamento. Será agendado entre as partes.                   |
| Condição de Pagamento   | 30 dias a partir da data de Faturamento.                                                                            |
| Validade dessa Proposta | 60 dias a contar desta data. Passada a data em questão, considerar o orçamento cancelado.                           |
| Garantia de Serviços    | 90 dias a contar da data de conclusão do reparo (Entrega do equipamento) ou da entrega da(s) peça(s) solicitada(s). |

Atenciosamente,  
Depto. de Assistência Técnica

**Sebastião Carlos Pim**  
CPF: 406.324.071-15  
Diretor Administrativo

**Em caso de Aprovação, favor completar todos os campos abaixo:**

|                                                                                                 |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Assinatura:  | CNPJ: 04.854.005.0001-32     |
| Nome Legível: Sebastião Carlos Pim                                                              | Data Aprovação: 27/11/2019   |
| Telefone: 65 3382.1125                                                                          | Email: direcao_chp@ymail.com |

**Condições Comerciais**

- \* Os valores acima mencionados estão expressos em reais.
- \* Em caso de aprovação do orçamento, obrigatoriamente, informar o número de série do aparelho a ser reparado.
- \* O orçamento apresentado nesta proposta comercial poderá ser revisto pela São Bernardo na hipótese de posterior identificação de itens que deverão, obrigatoriamente, ser substituídos para o perfeito funcionamento do equipamento. Tal hipótese se aplica aos casos de impossibilidade de verificação prévia da necessidade de substituição de itens e, ainda, nos casos de alteração das condições do equipamento, após a emissão desta proposta. O novo orçamento estará sujeito à aprovação do cliente.
- \* Condições comerciais sujeitas à aprovação de crédito. Em caso de o crédito não ser aprovado, o serviço será feito mediante pagamento antecipado por meio de depósito em conta.
- \* Caso o pagamento seja feito por meio de empenho, é necessário o envio dessa documentação via fax e/ou e-mail juntamente com o orçamento em questão.

**Importante:**

- \* Todas as peças de reposição devem ser instaladas apenas por técnicos habilitados pela São Bernardo, de forma garantir o perfeito funcionamento das peças e dos equipamentos. O uso e manuseio indevido e a instalação de peças de reposição por pessoas não habilitadas poderá causar danos aos equipamentos, a seus demais componentes, aos usuários e a terceiros. A São Bernardo não se responsabiliza por quaisquer danos que venham a ser causados a peças de reposição e/ou equipamentos, componentes, usuários, operadores e/ou terceiros em virtude de uso indevido e/ou instalação inadequada de peças de reposição por pessoas que não sejam técnicos habilitados pela fabricante.
- \* A não retirada do equipamento, no período de 90 (noventa) dias após a entrada do mesmo, será considerada DEPÓSITO ABANDONADO, eximindo a São Bernardo Soluções Hospitalares de qualquer responsabilidade sobre o mesmo. Podendo ainda a São Bernardo Soluções Hospitalares reter o equipamento até o pagamento do valor das despesas (Peças e Mão-de-Obra) geradas com o mesmo e dos prejuízos advindo do depósito nos termos dos artigos 1278 e 1279 do código civil vigente.
- Caso os senhores estejam DE ACORDO com as condições comerciais aqui representadas, automaticamente estarão declarando estarem cientes dessas condições.**

EMPRESA: 2 - CIRURGICA SHOP EIRELI ME  
 ENDEREÇO: AVENIDA SAO JOSE  
 BAIRRO: CRISTO REI  
 CNPJ: 17.118.825/0001-08

CIDADE: CURITIBA

ESTADO: PR  
 CEP: 80050350  
 TELEFONE: 4132329910

Dta Emissão: 25/06/18 Dta Previsão de entrega: 25/06/2018  
 Tipo Movim.: 700 - COTACAO  
 Cliente: 394- ASSOCIAÇÃO PRÓ SAÚDE DO PARAÇIS/OS  
 CGC / CPF: 04.854.005/0001-32  
 Endereço: AV. BRASIL, 1669,  
 Bairro: CENTRO  
 Cidade: CAMPO NOVO DO PARECIS  
 Vendedor: S - KARINA  
 Contato: SRA NATALIA  
 Transportadora:

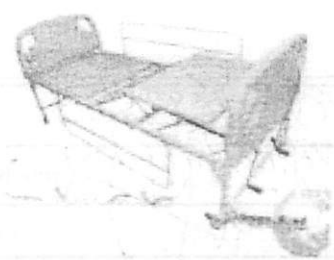
FORMA PGTO: A VISTA  
 Situação:  
 Nome Fan: ASSOCIAÇÃO PRÓ SAÚDE

Email: chpfarmacia@gmail.com  
 CEP: 78360000 Fone: 65-99988-7379  
 UF: MT N° Ped. Cliente:

Obs.:

**MERCADORIA**

|                                | PESO | Qtd  | UNID. | Tipo Frete: FOB | VALOR UNITARIO | TOTAL    |
|--------------------------------|------|------|-------|-----------------|----------------|----------|
| 2.753 CAMA FAWLER 2 MOVIMENTOS | 0,00 | 3,00 | UN    |                 | 2.370,00       | 7.110,00 |



**Especificações:**

- Estrutura em aço carbono 1020, perfurada em U 60x25x2,65 mm.
- Estrado de chapa de aço 1020, espessura de 0,8 mm, em estrutura de cantoneira 1"x1/8".
- Pintura eletrostática em epóxi-pó na cor branca;
- Rodízios de 3" com freios de ação dupla na diagonal;
- Capacidade máxima de 180 kg;
- Para movimento das costas e das pernas o acionamento é manual através de manivelas;
- Dimensões do leito: 880x1950 mm.
- Altura do leito: 550 mm.
- Cabeceira em plástico injetado com suporte metálico de encaixe fácil;

**2.850 MESA DE MAYO - CM204**

|      |       |    |        |          |
|------|-------|----|--------|----------|
| 0,00 | 10,00 | UN | 518,00 | 5.180,00 |
|------|-------|----|--------|----------|



**Especificações:**

- Estrutura confeccionada em arçoção tubular em aço inoxidável, AISI 304.
- Altura regulável por rosetas com 3 pés.
- 3 rodízios giratórios de 2"
- Acompanha bandeja em aço inoxidável com medidas de 48x33x1,5cm.

Tarciso Moreira de Oliveira  
 CPF: 335.892.166-20  
 Diretor Administrativo

*Verificar qual transportadora e comunicar o CH*

|                       |                  |
|-----------------------|------------------|
| Valor dos Produtos:   | 12.270,00        |
| Valor IPI:            | 0,00             |
| Valor Acréscimo:      | 0,00             |
| Valor Frete:          | 800,00           |
| Valor Desconto:       | 0,00             |
| Valor Subst. Tribut.: | 0,00             |
| <b>Total</b>          | <b>13.070,00</b> |

- COTAÇÃO VÁLIDA POR 5 (CINCO) DIAS, VALORES SUJEITOS A AJUSTES.  
 - VERIFIQUE AS INFORMAÇÕES QUE CONSTAM NESTA COTAÇÃO. QUALQUER IRREGULARIDADE INFORME À CONSULTORA PARA QUE AS CORREÇÕES SEJAM TOMADAS.

**ATENÇÃO**

- AS IMAGENS DOS PRODUTOS SÃO DE CARATER ILUSTRATIVO.

**Philips Healthcare**  
0800 701 7789**PHILIPS**

Ordem de Serviço N° 9858 / 10

Número da SWO / Número da Operação

( ) Interno

(X) Externo

Data: 14 / 11 / 19

IS N°

Cliente: Associação Pro Saúde do Parecis

Equipamento: DR COMPACT PENDULUM

Cidade: Rondonópolis/MT

N° de Série: PAFGX301001

Contato: Pinho 65-9.9628-9892

Depto: Administração

| DATA       | INÍCIO  | TÉRMINO | HORAS TRABALHO | HORAS VIAGENS |
|------------|---------|---------|----------------|---------------|
| 14/11/2019 | 11:00hs | 13:30hs | 02:30hs        |               |
|            |         |         |                |               |
|            |         |         |                |               |
|            |         |         |                |               |
|            |         |         |                |               |
|            |         |         |                |               |
|            |         |         |                |               |
|            |         |         |                |               |

| Atividade             | Defeito                |
|-----------------------|------------------------|
| ( ) Instalação        | ( ) Elétrico           |
| ( ) Garantia          | ( ) Mecânico           |
| (X) Corretivo         | ( ) Orientação         |
| ( ) FCO               | ( ) Software           |
| ( ) Preventivo        | ( ) Agente externo     |
| ( ) Revisão Originais | ( ) Outros Discriminar |
| ( ) Comercial         |                        |
| ( ) Outros            |                        |

Descrição do Chamado: Equipamento apresentando proteção 8 e proteção 10

Descrição dos Serviços Executados: Necessário substituição das seguintes placas: PCBA0083 e PCBA0084 = PCB2 0086.

Será necessário nova parametrização e calibração das placas que compõe o gerador de Raio X.

Testes Efetuados:

Pendências / Observações: Aguardando peças.

## Ferramentas Calibráveis Utilizadas:

| Ferramenta   | Modelo     | Serial Number | Data da Calibração | Ferramenta | Modelo | Serial Number | Data da Calibração |
|--------------|------------|---------------|--------------------|------------|--------|---------------|--------------------|
| Osciloscópio | Tectroniks |               | / /                |            |        |               | / /                |
|              |            |               | / /                |            |        |               | / /                |

## Materiais Utilizados:

| Qtde. | Descrição    | NF | P/N Aplicado | S/N Aplicado | P/N Retirado | S/N Retirado |
|-------|--------------|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
|       | NÃO APLICADO |    |              |              |              |              |
|       |              |    |              |              |              |              |
|       |              |    |              |              |              |              |
|       |              |    |              |              |              |              |

Trabalho Concluído Sim ( ) Não (X) Aguardando Peças ( )

## Dados do Engenheiro / Técnico:

Nome: WELLITON DE OLIVEIRA AMORIM

Matrícula:

Assinatura:

## Dados do Cliente:

Nome:

Cargo:

RG:

Assinatura:

**Philips Healthcare**  
0800 701 7789**PHILIPS**Ordem de Serviço N° 9858 / 20 ( ) Interno  
(X) Externo Data: 02 / 01 / 20 IS N°Número da SWD / Número da Operação  
Cliente: Associação Pro Saúde do Parecis

Equipamento: DR COMPACT PENDULUM

Cidade: Campo Novo do Parecis/MT

N° de Série: PAFGX301001

Contato: Pinho 65-9.9628-9892

Depto: Administração

| DATA       | INÍCIO  | TÉRMINO | HORAS<br>TRABALHO | HORAS<br>VIAGENS |
|------------|---------|---------|-------------------|------------------|
| 02/01/2020 | 13:00hs | 17:30hs | 04:30hs           |                  |
| 02/01/2020 | 07:30hs | 11:30hs | 04:00hs           |                  |
|            |         |         |                   |                  |
|            |         |         |                   |                  |
|            |         |         |                   |                  |
|            |         |         |                   |                  |
|            |         |         |                   |                  |

| Atividade             | Defeito                |
|-----------------------|------------------------|
| ( ) Instalação        | ( ) Elétrico           |
| ( ) Garantia          | ( ) Mecânico           |
| (X) Corretivo         | ( ) Orientação         |
| ( ) FCO               | ( ) Software           |
| ( ) Preventivo        | ( ) Agente externo     |
| ( ) Revisão Originais | ( ) Outros Discriminar |
| ( ) Comercial         |                        |
| ( ) Outros            |                        |

Descrição do Chamado: Equipamento apresentando proteção 8 e proteção 10

Descrição dos Serviços Executados: Necessário substituição das seguintes placas: PCBA0083 e PCBA0084

Peças substituídas no entanto equipamento continua apresentando proteção 8 indicando assim a necessidade em substituir

as seguintes peças: CÓDIGO - 459801352711 EPROM GRAVADO CEA083A 3.0.12  
CÓDIGO - 459801352721 EPROM GRAVADA CEA084A 3.0.12CÓDIGO - 459801354191 EPM 7064SLC44 GRAVADA BUS0831.0.1  
CÓDIGO - 459801352821 EPM 7064SLC44-10 RECORDED BUS 084\_1.0.1

Testes Efetuados: Conforme preconizado em Manual Técnico de serviços.

Pendências / Observações: Peças solicitadas.

## Ferramentas Calibráveis Utilizadas:

| Ferramenta   | Modelo    | Serial Number | Data da Calibração | Ferramenta | Modelo | Serial Number | Data da Calibração |
|--------------|-----------|---------------|--------------------|------------|--------|---------------|--------------------|
| Osciloscópio | Tectoniks |               | / /                |            |        |               | / /                |
|              |           |               | / /                |            |        |               | / /                |

## Materiais Utilizados:

| Qtde. | Descrição    | NF | P/N Aplicado | S/N Aplicado | P/N Retirado | S/N Retirado |
|-------|--------------|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
|       | NÃO APLICADO |    |              |              |              |              |
|       |              |    |              |              |              |              |
|       |              |    |              |              |              |              |
|       |              |    |              |              |              |              |

Trabalho Concluído Sim ( ) Não (X) Aguardando Peças ( )

## Dados do Engenheiro / Técnico:

Nome: WELLITON DE OLIVEIRA AMORIM

Matrícula:

## Dados do Cliente:

Nome:

Cargo:

RC:

Philips Healthcare  
0800 701 7789

PHILIPS

Ordem de Serviço N° 9858 / 10

Número da SWO / Número da Operação

( ) Interno

(X) Externo

Data: 03 / 01 / 20 IS N°

Cliente: Associação Pro Saúde do Parecis

Equipamento: DR COMPACT PENDULUM

Cidade: Campo Novo do Parecis/MT

N° de Série: PAFGX301001

Contato: Fernanda 065-9.9611-7908

Depto: Administração

| DATA       | INÍCIO  | TÉRMINO | HORAS<br>TRABALHO | HORAS<br>VIAGENS |
|------------|---------|---------|-------------------|------------------|
| 02/01/2020 | 08:00hs | 13:00hs |                   | 05:00hs          |
| 02/01/2020 | 13:30hs | 19:00hs | 05:30hs           |                  |
|            |         |         |                   |                  |
|            |         |         |                   |                  |
|            |         |         |                   |                  |
|            |         |         |                   |                  |
|            |         |         |                   |                  |

| Atividade             | Defeito                |
|-----------------------|------------------------|
| ( ) Instalação        | ( ) Elétrico           |
| ( ) Garantia          | ( ) Mecânico           |
| (X) Corretivo         | ( ) Orientação         |
| ( ) FCO               | ( ) Software           |
| ( ) Preventivo        | ( ) Agente externo     |
| ( ) Revisão Originais | ( ) Outros Discriminar |
| ( ) Comercial         |                        |
| ( ) Outros            |                        |

Descrição do Chamado: Equipamento apresentando proteção 8 e proteção 10

Descrição dos Serviços Executados: Substituição das seguintes placas:

PCBA0083, PCBA0084 e PCBA0086

Parametrização e calibração das placas que compõe o gerador de Raio X.

Testes Efetuados: Testes de imagem ok.

Pendências / Observações: Equipamento operacional, porém tubo apresentando baixo rendimento.

Cliente ciente.

## Ferramentas Calibráveis Utilizadas:

| Ferramenta   | Modelo    | Serial Number | Data da Calibração | Ferramenta | Modelo | Serial Number | Data da Calibração |
|--------------|-----------|---------------|--------------------|------------|--------|---------------|--------------------|
| Osciloscópio | Tectoniks |               | / /                |            |        |               | / /                |
|              |           |               | / /                |            |        |               | / /                |

## Materiais Utilizados:

| Qtde. | Descrição    | NF | P/N Aplicado | S/N Aplicado | P/N Retirado | S/N Retirado |
|-------|--------------|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
|       | NÃO APLICADO |    |              |              |              |              |
|       |              |    |              |              |              |              |
|       |              |    |              |              |              |              |
|       |              |    |              |              |              |              |

Trabalho Concluído Sim (X) Não ( ) Aguardando Peças ( )

## Dados do Engenheiro / Técnico:

Nome: WELLITON DE OLIVEIRA AMORIM

Matrícula:

## Dados do Cliente:

Nome:

Cargo:

RG:

03/01/2020.

Philips Healthcare

0800 701 7789

PHILIPS

Ordem de Serviço Nº 9858 / 30

Número da SWO / Número da Operação

( ) Interno

(X) Externo

Data: 29 / 01 / 20

IS Nº

Cliente: Associação Pro Saúde do Parecis

Equipamento: DR COMPACT PENDULUM

Cidade: Campo Novo do Parecis/MT

Nº de Série: PAFGX301001

Contato: Pinho 65-9.9628-9892

Depto: Administração

| DATA       | INÍCIO  | TÉRMINO | HORAS<br>TRABALHO | HORAS<br>VIAGENS |
|------------|---------|---------|-------------------|------------------|
| 29/01/2020 | 13:00hs | 17:30hs | 04:30hs           |                  |
| 30/01/2020 | 07:30hs | 11:30hs | 04:00hs           |                  |
|            |         |         |                   |                  |
|            |         |         |                   |                  |
|            |         |         |                   |                  |
|            |         |         |                   |                  |
|            |         |         |                   |                  |
|            |         |         |                   |                  |

| Atividade             | Defeito                |
|-----------------------|------------------------|
| ( ) Instalação        | ( ) Elétrico           |
| ( ) Garantia          | ( ) Mecânico           |
| (X) Corretivo         | ( ) Orientação         |
| ( ) FCO               | ( ) Software           |
| ( ) Preventivo        | ( ) Agente externo     |
| ( ) Revisão Originais | ( ) Outros Discriminar |
| ( ) Comercial         |                        |
| ( ) Outros            |                        |

Descrição do Chamado: Equipamento apresentando proteção 8 e proteção 10

Descrição dos Serviços Executados: Após avaliação juntamente com suporte da fábrica Engenheiro Raul, identificamos que as seguintes peças apresentam

defeito: PCBA00084 V01-R03 CONTROLE S DR  
459801352921 - EPM RECORDED BUS 084 1.0.1  
02010611-S - EPROM GRAVADA CE084A 3.0.12

Solicitamos à fábrica substituição.

Testes Efetuados: Conforme preconizado em Manual Técnico de serviços.

Pendências / Observações: Peças chegaram apresentado defeito, solicitado junto a fábrica substituição.

## Ferramentas Calibráveis Utilizadas:

| Ferramenta   | Modelo   | Serial Number | Data da Calibração | Ferramenta | Modelo | Serial Number | Data da Calibração |
|--------------|----------|---------------|--------------------|------------|--------|---------------|--------------------|
| Osciloscópio | Teconiks |               | / /                |            |        |               | / /                |
|              |          |               | / /                |            |        |               | / /                |

## Materiais Utilizados:

| Qtde. | Descrição    | NF | P/N Aplicado | S/N Aplicado | P/N Retirado | S/N Retirado |
|-------|--------------|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
|       | NÃO APLICADO |    |              |              |              |              |
|       |              |    |              |              |              |              |
|       |              |    |              |              |              |              |
|       |              |    |              |              |              |              |
|       |              |    |              |              |              |              |

Trabalho Concluído Sim ( ) Não (X) Aguardando Peças ( )

## Dados do Engenheiro / Técnico:

Nome: WELLITON DE OLIVEIRA AMORIM

Matrícula:

## Dados do Cliente:

Nome:

Caron:

RC:

Philips Healthcare  
0800 701 7789

Ordem de Serviço N° 9858 / 40 ( ) Interno (X) Externo Data: 04 / 03 / 2020 IS N°

Número da SWO / Número da Operação  
Cliente: Associação Pro Saúde do Parecis

Equipamento: DR COMPACT PENDULUM

Cidade: Campo Novo do Parecis/MT

N° de Série: PAFGX301001

Contato: Pinho 65-9.9628-9892

Depto: Administração

| DATA       | INÍCIO  | TÉRMINO | HORAS TRABALHO | HORAS VIAGENS |
|------------|---------|---------|----------------|---------------|
| 02/03/2020 | 07:30hs | 12:00hs |                | 04:30hs       |
| 02/03/2020 | 13:00hs | 19:30hs | 06:30hs        |               |
| 03/03/2020 | 07:30hs | 18:30hs | 12:00hs        |               |
|            |         |         |                |               |
|            |         |         |                |               |
|            |         |         |                |               |
|            |         |         |                |               |
|            |         |         |                |               |

| Atividade             | Defeito                |
|-----------------------|------------------------|
| ( ) Instalação        | ( ) Elétrico           |
| ( ) Garantia          | ( ) Mecânico           |
| (X) Corretivo         | ( ) Orientação         |
| ( ) FCO               | ( ) Software           |
| ( ) Preventivo        | ( ) Agente externo     |
| ( ) Revisão Originais | ( ) Outros Discriminar |
| ( ) Comercial         |                        |
| ( ) Outros            |                        |

Descrição do Chamado: Equipamento apresentando proteção 8 e proteção 10

Descrição dos Serviços Executados: Substituição das seguintes peças:

CÓDIGO - 459801352711  
EPROM GRAVADO CEA083A 3.0.12CÓDIGO - 459801352921  
EPM 7064SLC44-10 RECORDED BUS  
084-1.0.1

PCBA0083, PCBA0084 e PCBA0086

CÓDIGO - 459801352721  
EPROM GRAVADA CEA084A 3.0.12CÓDIGO - 459801354191  
EPM 7064SLC44 GRAVADA  
BUS0831.0.1

Peças substituídas, equipamento funcionando com restrições de problemas anteriores a esta manutenção.

PARA AVALIAÇÃO DE PROBLEMAS DECORRENTES NECESSÁRIO AVALIAÇÃO, SERÁ ENVIADO ORÇAMENTO REFERENTE À MÃO DE OBRA.

Testes Efetuados: Conforme preconizado em Manual Técnico de serviços.

Restrições: Nos testes calibração de teste de

Pendências / Observações: Problemas apresentados são decorrentes de oscilação de energia do prédio.

Sugestão: Solicitar ao Engº Eletricista uma avaliação para instalação de NoBreak.

## Ferramentas Calibráveis Utilizadas:

| Ferramenta   | Modelo    | Serial Number | Data da Calibração | Ferramenta | Modelo | Serial Number | Data da Calibração |
|--------------|-----------|---------------|--------------------|------------|--------|---------------|--------------------|
| Osciloscópio | Tectoniks |               | / /                |            |        |               | / /                |
|              |           |               | / /                |            |        |               | / /                |

## Materiais Utilizados:

| Qtde. | Descrição    | NF | P/N Aplicado | S/N Aplicado | P/N Retirado | S/N Retirado |
|-------|--------------|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
|       | NÃO APLICADO |    |              |              |              |              |
|       |              |    |              |              |              |              |
|       |              |    |              |              |              |              |
|       |              |    |              |              |              |              |
|       |              |    |              |              |              |              |

Trabalho Concluído Sim (X) Não ( ) Aguardando Peças ( )

## Dados do Engenheiro / Técnico:

Nome: WELLITON DE OLIVEIRA AMORIM

Matrícula:

## Dados do Cliente:

Nome:

Cargo:

RC:

## NF 8394 - PRO SAÚDE PARECIS

1 mensagem

Gabriela (Faturamento - São Bernardo) <faturamento@saobernardodf.com.br>

18 de março de 2020 16:20

Para: financasprosaude@gmail.com

Cc: Financeiro São Bernardo <financeiro@saobernardodf.com.br>

Sra Arminda,

Conforme conversamos, a senhora pode fazer o depósito em uma das nossas contas abaixo:

**Banco do Brasil (001)**

Agência: 3599-8

Conta Corrente: 427194-7

**Bradesco (237)**

Agência: 2962

Conta Corrente: 6332-0

CNPJ: 00.838.896/0001-82

Assim que realizar o depósito, me envie o comprovante para que possamos realizar a baixa.

Qualquer dúvida, estamos a disposição.

--

Atenciosamente,

Gabriela Ramos

Departamento Financeiro

faturamento@saobernardodf.com.br

Tel: (61) 3233-0536/ 32332958/ 99279-7011

**São Bernardo**  
Soluções para a Saúde

**PHILIPS**

BRASÍLIA-DF - SAAN, QD 03, LOTES 970/980  
ED. SÃO BERNARDO | CEP: 70632-300

CUIABÁ-MT - AV. DO CPA Nº 1287, SALA 509,  
ED. 9B TOWER | CEP: 78048-340

(61) 3233-2958 . 3233-0479 . (61) 9279-7011 | WWW.SAOBERNARDODF.COM.BR | DESDE 1984



NF 8394 PARECIS.pdf

241K

----- Forwarded message -----

De: **ademir marrafao** <[ademirmarrafao2@gmail.com](mailto:ademirmarrafao2@gmail.com)>

Date: sex., 14 de fev. de 2020 às 17:32

Subject: Fwd: Manutenção Corretiva - Associação Pro Saúde do Parecis

To: Hospital Parecis <[direcaoohp@gmail.com](mailto:direcaoohp@gmail.com)>

----- Forwarded message -----

De: **Welliton Amorim - CSB Cuiabá** <[amorim@saobernardodf.com.br](mailto:amorim@saobernardodf.com.br)>

Date: sex., 14 de fev. de 2020 às 06:54

Subject: Manutenção Corretiva - Associação Pro Saúde do Parecis

To: <[ademirmarrafao2@gmail.com](mailto:ademirmarrafao2@gmail.com)>

Ademir, bom dia.

Conforme combinado, segue meus relatórios de atendimentos realizados. Constam todas as informações e peças solicitadas na tentativa de sanar o problema que vem ocorrendo com o equipamento de RX.

Neste último atendimento realizado dia 29/01/2020 identificamos que uma placa e alguns componentes vieram com defeito da fábrica.

Foi solicitado então substituição para que possamos concluir a Manutenção Corretiva.

Peças em trâmite de faturamento e envio.

Breve retorno com uma previsão.

Atenciosamente,

**Welliton de Oliveira Amorim**

Suporte Técnico

E-mail: [amorim@saobernardodf.com.br](mailto:amorim@saobernardodf.com.br)

65-9.9602-2866

om Dia!

Segue boleto atualizado com vencimento para 16/03/2020.

Estamos a disposição.

Em qui., 9 de jan. de 2020 às 16:40, Gabriela (Faturamento - São Bernardo)  
<[faturamento@saobernardodf.com.br](mailto:faturamento@saobernardodf.com.br)> escreveu:  
Boa Tarde!

Foi dado baixa no boleto.

A nota permanecerá a mesma.

assim que o serviço for executado, o técnico irá nos informar e será emitido um novo boleto para esta nota.

Qualquer dúvida, estou a disposição.

Em ter., 7 de jan. de 2020 às 11:47, ADMINISTRATIVO CHP  
<[centrohospitalarparecis@gmail.com](mailto:centrohospitalarparecis@gmail.com)> escreveu:  
Bom dia Gabriela,

Gostaria de solicitar alteração na data de vencimento do boleto pois a peça que veio estava com defeito e foi encaminhada para garantia, nosso equipamento continua parado. Sendo assim, solicito que o boleto seja com data posterior a instalação da peça que foi adquirida.

att.

**Fernanda Justen**  
**Centro Hospitalar Parecis**  
**65 3382-1125**

Em sex., 3 de jan. de 2020 às 10:25, Gabriela (Faturamento - São Bernardo)  
<[faturamento@saobernardodf.com.br](mailto:faturamento@saobernardodf.com.br)> escreveu:  
Bom Dia!

Segue boleto em anexo.

Qualquer dúvida, estou a disposição.

--

Atenciosamente,

Gabriela Ramos  
Departamento Financeiro  
[faturamento@saobernardodf.com.br](mailto:faturamento@saobernardodf.com.br)

Tel: (61) 3233-0536/ 32332958/ 99279-7011