



**MUNICÍPIO DE RAFARD**  
**DEPARTAMENTO DE FINANÇAS**  
**SETOR CONTÁBIL**

4R Sistemas

NOTA DE EMPENHO PARCIAL - (SUBEMPENHO)

|                 |       |
|-----------------|-------|
| NOTA            | ANO   |
| 1572/001        | 2020  |
| DATA DE EMISSÃO | FICHA |
| 02/04/2020      | 221   |

|                            |  |   |
|----------------------------|--|---|
| <b>Fonte de Recurso:</b>   | 5 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS         | <b>FUNDO</b>                                |
| <b>Aplicação:</b>          | 312 RECURSOS PARA COMBATE AO CORONAVIRUS                 | <b>DÉVIDA</b>                               |
| <b>Variação:</b>           | 2 CORONAVÍRUS (COVID-19) - FEDERAL                       | <b>PROCESSO</b>                             |
| <b>Órgão:</b>              | 02 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE RAFARD                     | 636/2020                                    |
| <b>Unid. Orçamentária:</b> | 57 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                              | <b>CONTRATO Nº</b>                          |
| <b>Unid. Executora:</b>    | 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                              | <b>VENCIMENTO</b>                           |
| <b>Função:</b>             | 10 SAÚDE   | 22/04/2020                                  |
| <b>SubFunção:</b>          | 301 ATENCAO BASICA                                       | <b>MODALIDADE</b>                           |
| <b>Programa:</b>           | 3257 RAFARD SAÚDE  | Dispensa - Isento Compras e Serviços 306/20 |
| <b>Projeto/Atividade:</b>  | 2257 RAFARD SAÚDE  | <b>PEDIDO</b>                               |
| <b>Categ. Econômica:</b>   | 3.3.90 APLICAÇÕES DIRETAS                                | 01037/001-2020                              |
| <b>Elemento Despesa:</b>   | 39 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA        | <b>CENTRO DE CUSTO</b>                      |
| <b>Sub-Elemento Desp:</b>  | 50 SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR, ODONTOLÓGICO E LABORATORIA | 13 - SECRETARIA DA SAUDE                    |
| <b>Vínculo:</b>            | C CONVÊNIO   | 450,00                                      |

|                     |                           |                    |                           |
|---------------------|---------------------------|--------------------|---------------------------|
| <b>CÓDIGO</b>       | <b>NOME DO FORNECEDOR</b> | <b>CNPJ / CPF</b>  | <b>INSCRIÇÃO ESTADUAL</b> |
| 2128                | JANOTTA & JANOTTA LTDA.   | 01.410.675/0001-71 |                           |
| <b>ENDEREÇO</b>     | <b>BAIRRO</b>             |                    |                           |
| RUA CORONEL DELFINO | CENTRO                    |                    |                           |
| <b>CIDADE</b>       | <b>UF</b>                 | <b>CEP</b>         | <b>TELEFONE</b>           |
| CAPIVARI            | SP                        | 13360000           |                           |
| <b>BANCO</b>        | <b>AGÊNCIA</b>            | <b>CONTA</b>       | <b>TIPO CONTA</b>         |

**APLICAÇÃO:** AQUISIÇÃO DE TESTE PARA PACIENTE: TANIA GISELA CEREZER DE OLIVEIRA E OUTROS POSSIVEIS PACIENTES SUS MUNICIPAIS  
(Obs.: PACIENTE: TANIA GISELA CEREZER)

**Entrega** CENTRO DE SAÚDE, AV. DR. JOSÉ SOARES DE FARIA, Nº 452 - CENTRO

| ITEM | DESCRIÇÃO                          | UN. | QUANTIDADE | VL. UNITÁRIO | VL. UNIT. PEDIDO | VALOR TOTAL |
|------|------------------------------------|-----|------------|--------------|------------------|-------------|
| 001  | TESTE PARA COVID-19 COM SWAB RAYON | UN  | 1,0000     | 450,00       | 450,0000         | 450,00      |

|                 |                     |      |                      |        |                    |        |
|-----------------|---------------------|------|----------------------|--------|--------------------|--------|
| <b>RETENÇÃO</b> | <b>VL. RETIDO →</b> | 0,00 | <b>VL. LÍQUIDO →</b> | 450,00 | <b>VL. BRUTO →</b> | 450,00 |
|-----------------|---------------------|------|----------------------|--------|--------------------|--------|

|                      |          |                             |      |                         |        |                    |          |
|----------------------|----------|-----------------------------|------|-------------------------|--------|--------------------|----------|
| <b>DOTAÇÃO ATUAL</b> | 4.500,00 | <b>EMPENHADO ATÉ A DATA</b> | 0,00 | <b>VALOR DO EMPENHO</b> | 450,00 | <b>SALDO ATUAL</b> | 4.050,00 |
|----------------------|----------|-----------------------------|------|-------------------------|--------|--------------------|----------|

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>PREFEITO MUNICIPAL</b>                    | <b>TÉCNICO CONTÁBIL</b>                  | <b>TESOUREIRA</b>   |
|  |  |   |
| CARLOS ROBERTO BUENO<br>CPF - 032.097.538-06 | FÁBIO GERALDO FABRO<br>CRC 1SP216422/O-0 | Banco: <u>ca. fed.</u><br>Conta: <u>COVID/19</u><br>Cheques: <u>Delto</u> |

**Recebi da(o) MUNICÍPIO DE RAFARD, a importância de:**

(quatrocentos e cinquenta reais)

PRISCILA FURIGOTO LOURENÇO

Referente ao Valor da Nota acima discriminada.

|                               |                                 |                  |
|-------------------------------|---------------------------------|------------------|
| RAFARD, ____ de ____ de ____. | <b>ASSINATURA DO FORNECEDOR</b> | <b>Documento</b> |
|                               |                                 | <b>Número:</b>   |



**MUNICIPIO DE RAFARD**  
**DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO**  
**SETOR DE COMPRAS**

4R Sistemas

PEDIDO DE COMPRA PARCIAL - ANALÍTICO

Exercício: 2020

**Pedido Parcial:** 1037/1-2020 **Modalidade:** Dispensa - Isento Compras e Serviços Nr.: 306/2020

**Processo/Ano:** 636 / 2020 **Requisição Nro.:** 1423/2020  
**Usuário Requisição:** ARIANE  
**Tipo de Compra:** ADMINISTRATIVA **Prioridade:** NORMAL  
**Unid. Orçamentária:** 02.0057 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Usuário Pedido:** ARIANE  
**Ficha:** 221 RAFARD SAÚDE  
**Fonte de Recurso:** 5 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS  
**Aplicação FR.:** 312 RECURSOS PARA COMBATE AO CORONAVIRUS  
**Varição FR.:** 2 CORONAVÍRUS (COVID-19) - FEDERAL  
**Elemento:** 39 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA  
**Sub-Elemento:** 50 SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR, ODONTOLÓGICO E LABORATORIAIS  
**Aplicação:** AQUISIÇÃO DE TESTE PARA PACIENTE: TANIA GISELA CEREZER DE OLIVEIRA E OUTROS POSSÍVEIS PACIENTES SUS MUNICIPAIS  
**Observação:** PACIENTE: TANIA GISELA CEREZER  
**Tipo de Objeto:** Outras Prestações de Serviço  
**Objeto:** SERVIÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS  
**Local de Entrega:** CENTRO DE SAÚDE, AV. DR. JOSÉ SOARES DE FARIA, Nº 452 - CENTRO

**Fornecedor:** 2128 - JANOTTA & JANOTTA LTDA.  
**Fantasia:** JANOTTA **Fone:** **Fax:**  
**Contato:** **Fone:** **E-mail:**  
**Endereço:** RUA CORONEL DELFINO **CENTRO**  
**Cidade:** CAPIVARI **Cep:** 13360000 **Estado:** SP  
**Cnpj/Cpf:** 01410675000171 **Inscrição Estadual:** **Inscrição Municipal:** 14577

**Validade:** 20 dias **Cond. Pagto.:** 0 dias **Garantia:** **Prazo Entrega:** 0 dias

|   |  |
|---|--|
| <b>Informações para o Preenchimento da Nota</b> | <b>Cnpj/Cpf:</b> 44.723.757/0001-89 <b>Cep:</b> 13370-000 <b>Bairro:</b> CENTRO        |
|   | <b>Endereço:</b> PRAÇA INDEPENDÊNCIA, 100<br>Favor anexar a Nota Fiscal a este Pedido. |

| Item | Quantidade | Unidade | Cd. Produto | Descrição do Produto               | Valor Unitário | Valor Total |
|------|------------|---------|-------------|------------------------------------|----------------|-------------|
| 0001 | 1,000000   | UN      | 008.0939-0  | TESTE PARA COVID-19 COM SWAB RAYON | 450,0000       | 450,00      |

|                     |        |                        |      |                       |      |                       |        |
|---------------------|--------|------------------------|------|-----------------------|------|-----------------------|--------|
| <b>Valor Total:</b> | 450,00 | <b>Valor Desconto:</b> | 0,00 | <b>Valor Imposto:</b> | 0,00 | <b>Valor Líquido:</b> | 450,00 |
|---------------------|--------|------------------------|------|-----------------------|------|-----------------------|--------|

RAFARD, 2 de Abril de 2020





**MUNICÍPIO DE RAFARD**  
**DEPARTAMENTO DE FINANÇAS**  
**SETOR CONTÁBIL**

4R Sistemas

NOTA DE EMPENHO PARCIAL - (SUBEMPENHO)

|                 |       |
|-----------------|-------|
| NOTA            | ANO   |
| 1572/001        | 2020  |
| DATA DE EMISSÃO | FICHA |
| 02/04/2020      | 221   |

|                            |  |   |
|----------------------------|--|---|
| <b>Fonte de Recurso:</b>   | 5 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS         | <b>FUNDO</b>                                |
| <b>Aplicação:</b>          | 300 SAÚDE  | <b>DÍVIDA</b>                               |
| <b>Variação:</b>           | 18 CORONAVIRUS (COVID-19)                                | <b>PROCESSO</b>                             |
| <b>Órgão:</b>              | 02 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE RAFARD                     | 636/2020                                    |
| <b>Unid. Orçamentária:</b> | 57 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                              | <b>CONTRATO Nº</b>                          |
| <b>Unid. Executora:</b>    | 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                              | <b>VENCIMENTO</b>                           |
| <b>Função:</b>             | 10 SAÚDE   | 20/04/2020                                  |
| <b>SubFunção:</b>          | 301 ATENCAO BASICA                                       | <b>MODALIDADE</b>                           |
| <b>Programa:</b>           | 3257 RAFARD SAÚDE  | Dispensa - Isento Compras e Serviços 306/20 |
| <b>Projeto/Atividade:</b>  | 2257 RAFARD SAÚDE  | <b>PEDIDO</b>                               |
| <b>Categ. Econômica:</b>   | 3.3.90 APLICAÇÕES DIRETAS                                | 01037/001-2020                              |
| <b>Elemento Despesa:</b>   | 39 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA        | <b>CENTRO DE CUSTO</b>                      |
| <b>Sub-Elemento Desp:</b>  | 50 SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR, ODONTOLÓGICO E LABORATORIA | 13 - SECRETARIA DA SAUDE                    |
| <b>Vínculo:</b>            | C CONVÊNIO   | 450,00                                      |

|  |  |                    |                           |
|--|--|--------------------|---------------------------|
| <b>CÓDIGO</b>  | <b>NOME DO FORNECEDOR</b>                                      | <b>CNPJ / CPF</b>  | <b>INSCRIÇÃO ESTADUAL</b> |
| 2128   | JANOTTA & JANOTTA LTDA.  | 01.410.675/0001-71 |                           |
| <b>ENDERECO</b>  | <b>BAIRRO</b>  |                    |                           |
| RUA CORONEL DELFINO  | CENTRO   |                    |                           |
| <b>CIDADE</b>  | <b>UF</b>  | <b>CEP</b>         | <b>TELEFONE</b>           |
| CAPIVARI   | SP   | 13360000           |                           |
| <b>BANCO</b>   | <b>AGÊNCIA</b>   | <b>CONTA</b>       | <b>TIPO CONTA</b>         |
|  |  |                    |                           |
| <b>APLICAÇÃO:</b> AQUISIÇÃO DE TESTE PARA PACIENTE: TANIA GISELA CEREZER DE OLIVEIRA E OUTROS POSSIVEIS PACIENTES SUS MUNICIPAIS<br>(Obs.: PACIENTE: TANIA GISELA CEREZER) |  |                    |                           |
| <b>Entrega</b>   | CENTRO DE SAÚDE, AV. DR. JOSÉ SOARES DE FARIA, Nº 452 - CENTRO |                    |                           |

| ITEM | DESCRIÇÃO                          | UN. | QUANTIDADE | VL. UNITÁRIO | VL. UNIT. PEDIDO | VALOR TOTAL |
|------|------------------------------------|-----|------------|--------------|------------------|-------------|
| 001  | TESTE PARA COVID-19 COM SWAB RAYON | UN  | 1,000      | 450,00       | 450,0000         | 450,00      |

|                 |                     |      |                      |        |                    |        |
|-----------------|---------------------|------|----------------------|--------|--------------------|--------|
| <b>RETENÇÃO</b> | <b>VL. RETIDO →</b> | 0,00 | <b>VL. LÍQUIDO →</b> | 450,00 | <b>VL. BRUTO →</b> | 450,00 |
|-----------------|---------------------|------|----------------------|--------|--------------------|--------|

|  |          |  |      |                         |        |                                   |          |
|--|----------|--|------|-------------------------|--------|-----------------------------------|----------|
| <b>DOTAÇÃO ATUAL</b>                         | 4.500,00 | <b>EMPENHADO ATÉ A DATA</b>              | 0,00 | <b>VALOR DO EMPENHO</b> | 450,00 | <b>SALDO ATUAL</b>                | 4.050,00 |
| <b>PREFEITO MUNICIPAL</b>                    |          | <b>TÉCNICO CONTÁBIL</b>                  |      |                         |        | <b>TESOUREIRA</b>                 |          |
| CARLOS ROBERTO BUENO<br>CPF - 032.097.538-06 |          | FÁBIO GERALDO FABRO<br>CRC 15P216422/O-0 |      |                         |        | <b>Banco:</b> cx. Fed.            |          |
|  |          |  |      |                         |        | <b>Conta:</b> Prefeitura Covid-19 |          |
|  |          |  |      |                         |        | <b>Cheques:</b> Débito            |          |

**Recebi da(o) MUNICÍPIO DE RAFARD, a importância de:**  
(quatrocentos e cinquenta reais)

Referente ao Valor da Nota acima discriminada.

|                               |                                 |                  |
|-------------------------------|---------------------------------|------------------|
| RAFARD, ____ de ____ de ____. | <b>ASSINATURA DO FORNECEDOR</b> | <b>Documento</b> |
|                               |                                 | <b>Número:</b>   |

IMPRIMIR FECHAR

::Comprovantes

**CAIXA****Comprovante de Doc Eletrônico**  
via GovConta Caixa

|               |                                |
|---------------|--------------------------------|
| Emitente:     | SP 354210 FMS CT SUSCUSTEIOSUS |
| Conta Origem: | 0298/006/00624037-3            |

|                             |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| Conta Destino:              | 3103/1546-6                    |
| Banco:                      | 136 - UNICRED                  |
| Finalidade:                 | 01 - Crédito em Conta Corrente |
| Nome do Destinatário:       | JANOTTA E JANOTTA LTDA         |
| CPF/CNPJ Destinatário:      | 01.410.675/0001-71             |
| Valor a ser Transferido:    | R\$ 450,00                     |
| Tarifa de Emissão de DOC:   | R\$ 0,00                       |
| Tarifa de Pré-Depósito:     | R\$ 0,00                       |
| Valor Total a ser Debitado: | R\$ 450,00                     |
| Identificação da Operação:  | PAGAMENTO A FORNECEDOR         |

|                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| Data de Débito:     | 23/04/2020           |
| Data da Operação:   | 23/04/2020 -15:58:57 |
| Código da Operação: | 00046423             |
| Chave de Segurança: | GHXCAHM3RTPXZM35     |

**CPFs Autorizadores:**

032.097.538-06

225.962.478-28

**Operação realizada com sucesso.**

O VALOR TRANSFERIDO ESTARA DISPONIVEL NA CONTA DESTINO NA MANHA DO DIA  
UTIL SEGUINTE A DATA DO DEBITO NA CONTA DE ORIGEM

| PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPIVARI<br>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS<br>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e  |                     |  |               | Número da<br>NFS-e<br>910            |                 |
|--|---------------------|--|---------------|--------------------------------------|-----------------|
| Data e Hora da Emissão   | 09/04/2020 09:11:13 | Competência                                      | 9/4/2020      | Código de Verificação                | XLIDAXBRT       |
| Número do RPS  |                     | No. da NFS-e substituída                         |               | Local da Prestação                   | CAPIVARI - SP   |
| Dados do Prestador de Serviços   |                     |  |               |                                      |                 |
| Razão Social/Nome  |                     | JANOTTA & JANOTTA LTDA - EPP                     |               |                                      |                 |
| Nome Fantasia  |                     |  |               |                                      |                 |
| CNPJ/CPF   | 01.410.675/0001-71  | Inscrição Municipal                              | 14577         | Município                            | CAPIVARI - SP   |
| Endereço e Cep   |                     | RUA CEL DELFINO,351 - CENTRO CEP: 13360-000      |               |                                      |                 |
| Complemento:   |                     | Telefone:  | 34911177      | e-mail:                              |                 |
| Dados do Tomador de Serviços   |                     |  |               |                                      |                 |
| Razão Social/Nome  |                     | PREFEITURA MUNICIPAL DE RAFARD                   |               |                                      |                 |
| CNPJ/CPF   | 44.723.757/0001-89  | Inscrição Municipal                              |               | Município                            | RAFARD - SP     |
| Endereço e CEP   |                     | PRAÇA INDEPENDENCIA ,100 - CENTRO CEP: 13370-000 |               |                                      |                 |
| Complemento:   |                     | Telefone:  | (19)3496-7541 | e-mail: epbsaude@rafard.sp.gov.br    |                 |
| Discriminação dos Serviços   |                     |  |               |                                      |                 |
| REFERENTE A: TESTE DE PCR PARA COVID 19<br>PACIENTE: TANIA GISELA MARTINS DE OLIVEIRA  |                     |  |               |                                      |                 |
| Código do Serviço / Atividade  |                     |  |               |                                      |                 |
| 4.03 / 864020200 - LABORATORIOS CLINICOS   |                     |  |               |                                      |                 |
| Detalhamento Específico da Construção Civil  |                     |  |               |                                      |                 |
| Código da Obra   |                     |  |               | Código ART                           |                 |
| Tributos Federais  |                     |  |               |                                      |                 |
| PIS  |                     | COFINS   |               | IR(R\$)                              |                 |
|  |                     |  |               | INSS(R\$)                            |                 |
|  |                     |  |               | CSLL(R\$)                            |                 |
| Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços   |                     | Outras Retenções                                 |               | Cálculo do ISSQN devido no Município |                 |
| Valor dos Serviços R\$   | 450,00              | Natureza Operação                                |               | Valor dos Serviços R\$               | 450,00          |
| (-) Desconto Incondicionado  |                     | 1-Tributação no município                        |               | (-) Deduções permitidas em lei       |                 |
| (-) Desconto Condicionado  |                     | Regime especial Tributação                       |               | (-) Desconto Incondicionado          |                 |
| (-) Retenções Federais   | 0,00                | 0-Nenhum   |               | Base de Cálculo                      | 450,00          |
| Outras Retenções   |                     | Opção Simples Nacional                           |               | (x) Alíquota %                       | 4,00            |
| (-) ISS Retido   | 0,00                | 1 - Sim  |               | ISS a reter:                         | ( ) Sim (X) Não |
| (=) Valor Líquido R\$  | 450,00              | Incentivador Cultural                            |               | (=) Valor do ISS: R\$                | 0,00            |
|  |                     | 2-Não  |               |                                      |                 |
| Avisos: 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, Capivari.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.<br>3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI. |                     |  |               |                                      |                 |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>ISS INCIDENTE</b>           |  |
| <input type="checkbox"/> Local | <input checked="" type="checkbox"/> Origem |
| 4.03 item da Lista             |  |
| Rúbrica: <i>OK</i>             |  |





**MUNICIPIO DE RAFARD**  
**DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO**  
**SETOR DE COMPRAS**

4R Sistemas

PEDIDO DE COMPRA PARCIAL - ANALÍTICO

Exercício: 2020

|   |  |   |                                   |                                    |                       |                              |
|---|--|---|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| <b>Pedido Parcial:</b> 1037/1-2020              |  | <b>Modalidade:</b> Dispensa - Isento Compras e Serviços Nr.: 306/2020 |                                   |                                    |                       |                              |
| <b>Processo/Ano:</b>                            | 636 / 2020   | <b>Requisição Nro.:</b>   | 1423/2020                         |                                    |                       |                              |
| <b>Usuário Requisição:</b>                      | ARIANE   |   |                                   |                                    |                       |                              |
| <b>Tipo de Compra:</b>                          | ADMINISTRATIVA   | <b>Prioridade:</b>  | NORMAL                            |                                    |                       |                              |
| <b>Unid. Orçamentária:</b>                      | 02.0057 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE   |   |                                   |                                    |                       |                              |
| <b>Ficha:</b>                                   | 221 RAFARD SAÚDE   | <b>Usuário Pedido:</b>  | ARIANE                            |                                    |                       |                              |
| <b>Fonte de Recurso:</b>                        | 5 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS   |   |                                   |                                    |                       |                              |
| <b>Aplicação FR.:</b>                           | 300 SAÚDE  |   |                                   |                                    |                       |                              |
| <b>Varição FR.:</b>                             | 18 CORONAVIRUS (COVID-19)  |   |                                   |                                    |                       |                              |
| <b>Elemento:</b>                                | 39 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA  |   |                                   |                                    |                       |                              |
| <b>Sub-Elemento:</b>                            | 50 SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR, ODONTOLÓGICO E LABORATORIAIS   |   |                                   |                                    |                       |                              |
| <b>Aplicação:</b>                               | AQUISIÇÃO DE TESTE PARA PACIENTE: TANIA GISELA CEREZER DE OLIVEIRA E OUTROS POSSÍVEIS PACIENTES MUNICIPAIS SJS |   |                                   |                                    |                       |                              |
| <b>Observação:</b>                              | PACIENTE: TANIA GISELA CEREZER   |   |                                   |                                    |                       |                              |
| <b>Tipo de Objeto:</b>                          | Outras Prestações de Serviço   |   |                                   |                                    |                       |                              |
| <b>Objeto:</b>                                  | SERVIÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS   |   |                                   |                                    |                       |                              |
| <b>Local de Entrega:</b>                        | CENTRO DE SAÚDE, AV. DR. JOSÉ SOARES DE FARIA, Nº 452 - CENTRO   |   |                                   |                                    |                       |                              |
| <b>Fornecedor:</b>                              | 2128 - JANOTTA & JANOTTA LTDA.   |   |                                   |                                    |                       |                              |
| <b>Fantasia:</b>                                | JANOTTA  | <b>Fone:</b>  | <b>Fax:</b>                       |                                    |                       |                              |
| <b>Contato:</b>                                 |  | <b>Fone:</b>  | <b>E-mail:</b>                    |                                    |                       |                              |
| <b>Endereço:</b>                                | RUA CORONEL DELFINO  | CENTRO  |                                   |                                    |                       |                              |
| <b>Cidade:</b>                                  | CAPIVARI   | <b>Cep:</b> 13360000  | <b>Estado:</b> SP                 |                                    |                       |                              |
| <b>Cnpj/Cpf:</b>                                | 01410675000171   | <b>Inscrição Estadual:</b>  | <b>Inscrição Municipal:</b> 14577 |                                    |                       |                              |
| <b>Validade:</b>                                | 0 dias   | <b>Cond. Pagto.:</b>  | 0 dias                            |                                    |                       |                              |
|   |  | <b>Garantia:</b>  |                                   |                                    |                       |                              |
|   |  | <b>Prazo Entrega:</b>   | 0 dias                            |                                    |                       |                              |
| <b>Informações para o Preenchimento da Nota</b> | <b>Cnpj/Cpf:</b>   | 44.723.757/0001-89  | <b>Cep:</b> 13370-000             |                                    |                       |                              |
|   | <b>Endereço:</b>   | PRAÇA INDEPENDÊNCIA, 100  |                                   |                                    |                       |                              |
|   | Favor anexar a Nota Fiscal a este Pedido.  |   |                                   |                                    |                       |                              |
| <b>Item</b>                                     | <b>Quantidade</b>  | <b>Unidade</b>  | <b>Cd. Produto</b>                | <b>Descrição do Produto</b>        | <b>Valor Unitário</b> | <b>Valor Total</b>           |
| 0001  | 1,000000   | UN  | 008.0939-0                        | TESTE PARA COVID-19 COM SWAB RAYON | 450,0000              | 450,00                       |
| <b>Valor Total:</b>                             | 450,00   | <b>Valor Desconto:</b>  | 0,00                              | <b>Valor Imposto:</b>              | 0,00                  | <b>Valor Líquido:</b> 450,00 |

RAFARD, 2 de Abril de 2020