



PREFEITURA MUNICIPAL DE PERUIBE  
DEPARTAMENTO DE FINANÇAS  
SETOR CONTÁBIL  
NOTA DE EMPENHO

|                 |       |
|-----------------|-------|
| NOTA            | ANO   |
| 16469/000       | 2026  |
| DATA DE EMISSÃO | FICHA |
| 23/10/2026      | 271   |

|                     |                                                   |                  |                                 |
|---------------------|---------------------------------------------------|------------------|---------------------------------|
| Fonte de Recurso:   | 2 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS ESTADUAIS-VINCULADOS | USUÁRIO          | MAURO.LIMA                      |
| Aplicação:          | 300 SAÚDE                                         | FUNDO            | 13 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE   |
| Variação:           | 78 IGM SUS PAULISTA - FIXO                        | DÍVIDA           |                                 |
| Órgão:              | 02 PODER EXECUTIVO                                | PROTOCOLO        | 28461/2026                      |
| Unid. Orçamentária: | 10 SEC. MUN. DE SAÚDE                             | PROCESSO         | 22770/2025                      |
| Unid. Executora:    | 01 DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA BÁSICA             | CONTRATO Nº      |                                 |
| Função:             | 10 SAÚDE                                          | VENCIMENTO       |                                 |
| SubFunção:          | 301 ATENÇÃO BÁSICA                                | MODALIDADE       | Pregão Eletrônico 1/2026        |
| Programa:           | 0006 CUIDAR MAIS                                  | FUNDAMENTO LEGAL | Lei 14133/2021                  |
| Projeto/Atividade:  | 2056 GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE          | PEDIDO           | 05758/000-2026                  |
| Categ. Econômica:   | 3.3.90 APLICAÇÕES DIRETAS                         | CENTRO DE CUSTO  | 45 - MATERIAL HOSPITALAR 316,00 |
| Elemento Despesa:   | 30 MATERIAL DE CONSUMO                            |                  |                                 |
| Sub-Elemento Desp:  | 36 MATERIAL HOSPITALAR                            |                  |                                 |
| Vínculo:            | S SAÚDE                                           |                  |                                 |
| Convênio:           |                                                   |                  |                                 |

|                                                                                                |                                                               |                    |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|
| CÓDIGO                                                                                         | NOME DO FORNECEDOR                                            | CNPJ / CPF         | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| 3862                                                                                           | SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA                            | 05.847.630/0001-10 | 635487579110       |
| ENDEREÇO                                                                                       | BAIRRO                                                        |                    |                    |
| EST SAMUEL AIZEMBERG, 1100                                                                     | ALVES DIAS                                                    |                    |                    |
| CIDADE                                                                                         | UF                                                            | CEP                | TELEFONE           |
| SAO BERNARDO DO CAMPO                                                                          | SP                                                            | 09851550           | 11-4122-9800       |
| BANCO                                                                                          | AGÊNCIA                                                       | CONTA              | CHAVE PIX          |
| 001 - BANCO DO BRASIL S.A.                                                                     | 3415-0                                                        | 105047-8           |                    |
| TIPO CONTA                                                                                     | NAT.                                                          |                    |                    |
| Conta Corrente                                                                                 |                                                               |                    |                    |
| APLICAÇÃO: SECRETARIA DE SAUDE - C/C 3464 GCASPP (Obs.: SECRETARIA DE SAUDE - C/C 3464 GCASPP) |                                                               |                    |                    |
| Entrega                                                                                        | ALMOXARIFADO DA SAÚDE (CAF), RUA ALFREDO GOMES, 26 A - CENTRO |                    |                    |

| ITEM | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | UN. | QUANTIDADE | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------|----------------|-------------|
| 001  | ENVELOPE GRAU CIRURGICO 200 X 350MM (MEDIDA APROXI MADA). ENVELOPE AUTOSELANTE COM FITA ADESIVA POSSIBILITANDO ABERTURA ASSEPTICA, PARA USO EM AUTOCLAVE. UMA FACE EM PAPEL GRAU CIRURGICO E OUTRA EM FILME TRANSPARENTE LAMINADO (POLIESTER/POLIPROPILENO), COM INDICADOR QUIMICO TIPO MUDANÇA DE COR POS ESTERILIZAÇÃO. . MEDIDA APROXIMADA, COM TOLERANCIA DE ATÉ MAIS 50CM Marca: HOSPFLEX | UN  | 400,0000   | 0,79           | 316,00      |

|          |              |      |               |        |             |        |
|----------|--------------|------|---------------|--------|-------------|--------|
| RETENÇÃO | VL. RETIDO → | 0,00 | VL. LÍQUIDO → | 316,00 | VL. BRUTO → | 316,00 |
|----------|--------------|------|---------------|--------|-------------|--------|

|                                                                 |                                   |                  |                                               |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------|-----------------------------------------------|
| DOTAÇÃO ATUAL                                                   | EMPENHADO ATÉ A DATA              | VALOR DO EMPENHO | SALDO ATUAL                                   |
| 500.000,00                                                      | 85.892,32                         | 316,00           | 413.791,68                                    |
| SECRETÁRIO                                                      | PREFEITO                          | CONTADOR         |                                               |
| ____/____/____                                                  | ____/____/____                    | ____/____/____   | ____/____/____                                |
| Rodrigo Martinez<br>192.821.218-28                              | Felipe Bernardo<br>280.337.298-30 |                  | Banco: _____<br>Conta: _____<br>Cheques _____ |
| Recebi da(o) PREFEITURA MUNICIPAL DE PERUIBE, a importância de: |                                   |                  |                                               |
| (trezentos e dezesseis reais)                                   |                                   |                  |                                               |

Referente ao Valor da Nota acima discriminada.

|                                |                          |               |
|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| PERUIBE, ____ de ____ de ____. | ASSINATURA DO FORNECEDOR | Documento     |
|                                |                          | Número: _____ |