

|                                                                                 |  |                                                                                                                                                                    |  |                                             |  |                            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|----------------------------|--|
|  |  | <b>MUNICIPIO DE TARUMA</b><br><b>CNPJ: 64.614.449/0001-22 - (www.taruma.sp.gov.br)</b><br>R. Aroeira 482 - V. Arvores Tel (18) 3373-4700<br><b>NOTA DE EMPENHO</b> |  | <b>NOTA</b><br><b>17731/000</b>             |  | <b>ANO</b><br><b>2026</b>  |  |
|                                                                                 |  |                                                                                                                                                                    |  | <b>DATA DE EMISSÃO</b><br><b>16/10/2026</b> |  | <b>FICHA</b><br><b>606</b> |  |

|                            |                                                   |                                                             |                    |
|----------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>Fonte de Recurso:</b>   | 2 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS ESTADUAIS-VINCULADOS |                                                             |                    |
| <b>Aplicação:</b>          | 301 ATENÇÃO BÁSICA                                | <b>FUNDO</b> 02 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                  |                    |
| <b>Variação:</b>           | 5 IGM SUS PAULISTA                                | <b>DÍVIDA</b>                                               |                    |
| <b>Órgão:</b>              | 02 PREFEITURA MUNICIPAL DE TARUMÃ                 | <b>PROTOCOLO</b>                                            |                    |
| <b>Unid. Orçamentária:</b> | 09 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                       | <b>PROCESSO</b><br>53/2026                                  | <b>CONTRATO Nº</b> |
| <b>Unid. Executora:</b>    | 00                                                | <b>VENCIMENTO</b>                                           |                    |
| <b>Função:</b>             | 10 SAÚDE                                          | <b>MODALIDADE</b><br>Pregão Eletrônico 29/2026              |                    |
| <b>SubFunção:</b>          | 301 ATENCAO BASICA                                | <b>FUNDAMENTO LEGAL</b><br>Lei 14133/2021                   |                    |
| <b>Programa:</b>           | 0025 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE                    | <b>PEDIDO</b><br>11225/000-2026                             |                    |
| <b>Projeto/Atividade:</b>  | 2137 PSF - CENTRO                                 | <b>CENTRO DE CUSTO</b><br>921444 - ADMINISTRAÇÃO PSF 172,00 |                    |
| <b>Categ. Econômica:</b>   | 3.3.90 APLICAÇÕES DIRETAS                         |                                                             |                    |
| <b>Elemento Despesa:</b>   | 30 MATERIAL DE CONSUMO                            |                                                             |                    |
| <b>Sub-Elemento Desp:</b>  | 36 MATERIAL HOSPITALAR                            |                                                             |                    |
| <b>Vínculo:</b>            | S SAÚDE                                           |                                                             |                    |
| <b>Convênio:</b>           |                                                   |                                                             |                    |
| <b>Cta. Interno Pagto:</b> |                                                   |                                                             |                    |

|                                                                                 |                                                                                          |                             |                                         |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>CÓDIGO</b><br>22804                                                          | <b>NOME DO FORNECEDOR</b><br>CENTERMEDI-COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA FILIAL SP |                             | <b>CNPJ / CPF</b><br>03.652.030/0006-85 | <b>INSCRIÇÃO ESTADUAL</b>           |
| <b>ENDEREÇO</b><br>Rua Abdo Tanios Mrad                                         |                                                                                          | <b>BAIRRO</b><br>Vila Vilar |                                         |                                     |
| <b>CIDADE</b><br>OURINHOS                                                       |                                                                                          | <b>UF</b><br>SP             | <b>CEP</b><br>19902680                  | <b>TELEFONE</b><br>(54)999346361    |
| <b>BANCO</b><br>001 - BB                                                        | <b>AGÊNCIA</b><br>5122-5                                                                 | <b>CONTA</b><br>521-5       | <b>CHAVE PIX</b>                        | <b>TIPO CONTA</b><br>Conta Corrente |
| <b>NAT.</b><br>PJ                                                               |                                                                                          |                             |                                         |                                     |
| <b>APLICAÇÃO:</b> Reposição de insumos nas unidades de saúde. (Obs.: CC 921444) |                                                                                          |                             |                                         |                                     |
| <b>Entrega</b>                                                                  | SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE, R. DAS FIGUEIRAS, 110 - VL DAS ARVORES                    |                             |                                         |                                     |

| ITEM            | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | UN.         | QUANTIDADE           | VL. UNITÁRIO  | VL. UNIT. PEDIDO   | VALOR TOTAL   |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------|---------------|--------------------|---------------|
| 001             | FITA MICROPORE 50 MM DE LARGURA X 10 MTS DE COMPRIMENTO. FITA MICROPORE BRANCA, HIPOALERGÊNICO, POROSA, COMDORSO DE NÃO TECIDO DE RAYON E VISCOSE, PERMITE A PELE RESPIRAR LIVREMENTE. ISENTA DE SUBSTÂNCIAS ALERGÊNICAS E NOCIVAS À SAÚDE. CONFECCIONADA EM FALSO TECIDO DE RAYON , COR BRANCA, MICROSCOPICAMENTE POROSO A FIM DE PERMITIR TRANSMISSÃO DE CALOR E FLEXÍVEL SUFICIENTE PARA ACOMPANHAR AS DOBRAS DA PELE, SEM SOFRER DEFORMAÇÕES AO DESENROLAR. DEVERÁ CONTER SUBSTÂNCIA ADESIVA UNIFORMEMENTE DISTRIBUÍDA À BASE DE POLÍMERO ACRÍLICO, HIPOALERGÊNICO, CAPAZ DE PRODUZIR FIXAÇÃO ADEQUADA E PERMITIR FÁCIL REMOÇÃO SEM DEIXAR RESÍDUOS OU MANCHAS NA SUPERFÍCIE DA PELE. A FITA MICROPORE DEVERÁ APRESENTAR RESISTÊNCIA ADEQUADA AOS MEIOS USUAIS DE ESTERILIZAÇÃO NÃO DEFORMANDO AO DESENROLAR, VIR ENROLADO EM CARRETEL COM CAPA PROTETORA EXTERNA, CONTENDO DADOS COMO MARCA COMERCIAL, DIMENSÕES, PROCEDÊNCIA DE FABRICAÇÃO LOTE E DATA DE VALIDADE. | UN          | 50,0000              | 3,44          | 3,4400             | 172,00        |
| <b>RETENÇÃO</b> | <b>VL. RETIDO →</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>0,00</b> | <b>VL. LÍQUIDO →</b> | <b>172,00</b> | <b>VL. BRUTO →</b> | <b>172,00</b> |

|                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                   |                                                      |                    |                                  |                  |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------|------------------|-----------------------------------------------|
|  <div>MUNICIPIO DE TARUMA<br/>CNPJ: 64.614.449/0001-22 - (www.taruma.sp.gov.br)<br/>R. Aroeira 482 - V. Arvores Tel (18) 3373-4700<br/>NOTA DE EMPENHO</div> |                                                                                   | NOTA<br>17731/000                                    | ANO<br>2026        |                                  |                  |                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                   | DATA DE EMISSÃO<br>16/10/2026                        | FICHA<br>606       |                                  |                  |                                               |
| Fonte de Recurso:                                                                                                                                                                                                                           | 2 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS ESTADUAIS-VINCULADOS                                 |                                                      |                    |                                  |                  |                                               |
| Aplicação:                                                                                                                                                                                                                                  | 301 ATENÇÃO BÁSICA                                                                | FUNDO 02 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                  |                    |                                  |                  |                                               |
| Variação:                                                                                                                                                                                                                                   | 5 IGM SUS PAULISTA                                                                | DÍVIDA                                               |                    |                                  |                  |                                               |
| Órgão:                                                                                                                                                                                                                                      | 02 PREFEITURA MUNICIPAL DE TARUMÃ                                                 | PROTOCOLO                                            |                    |                                  |                  |                                               |
| Unid. Orçamentária:                                                                                                                                                                                                                         | 09 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                                                       | PROCESSO<br>53/2026                                  | CONTRATO Nº        |                                  |                  |                                               |
| Unid. Executora:                                                                                                                                                                                                                            | 00                                                                                | VENCIMENTO                                           |                    |                                  |                  |                                               |
| Função:                                                                                                                                                                                                                                     | 10 SAÚDE                                                                          | MODALIDADE<br>Pregão Eletrônico 29/2026              |                    |                                  |                  |                                               |
| SubFunção:                                                                                                                                                                                                                                  | 301 ATENCAO BASICA                                                                | FUNDAMENTO LEGAL<br>Lei 14133/2021                   |                    |                                  |                  |                                               |
| Programa:                                                                                                                                                                                                                                   | 0025 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE                                                    | PEDIDO<br>11225/000-2026                             |                    |                                  |                  |                                               |
| Projeto/Atividade:                                                                                                                                                                                                                          | 2137 PSF - CENTRO                                                                 | CENTRO DE CUSTO<br>921444 - ADMINISTRAÇÃO PSF 172,00 |                    |                                  |                  |                                               |
| Categ. Econômica:                                                                                                                                                                                                                           | 3.3.90 APLICAÇÕES DIRETAS                                                         |                                                      |                    |                                  |                  |                                               |
| Elemento Despesa:                                                                                                                                                                                                                           | 30 MATERIAL DE CONSUMO                                                            |                                                      |                    |                                  |                  |                                               |
| Sub-Elemento Desp:                                                                                                                                                                                                                          | 36 MATERIAL HOSPITALAR                                                            |                                                      |                    |                                  |                  |                                               |
| Vínculo:                                                                                                                                                                                                                                    | S SAÚDE                                                                           |                                                      |                    |                                  |                  |                                               |
| Convênio:                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                   |                                                      |                    |                                  |                  |                                               |
| Cta. Interno Pagto:                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                   |                                                      |                    |                                  |                  |                                               |
| CÓDIGO<br>22804                                                                                                                                                                                                                             | NOME DO FORNECEDOR<br>CENTERMEDI-COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA FILIAL SP | CNPJ / CPF<br>03.652.030/0006-85                     | INSCRIÇÃO ESTADUAL |                                  |                  |                                               |
| ENDEREÇO<br>Rua Abdo Tanios Mrad                                                                                                                                                                                                            |                                                                                   | BAIRRO<br>Vila Vilar                                 |                    |                                  |                  |                                               |
| CIDADE<br>OURINHOS                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                   | UF<br>SP                                             | CEP<br>19902680    |                                  |                  |                                               |
| TELEFONE<br>(54)999346361                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                   |                                                      |                    |                                  |                  |                                               |
| BANCO<br>001 - BB                                                                                                                                                                                                                           | AGÊNCIA<br>5122-5                                                                 | CONTA<br>521-5                                       | CHAVE PIX          |                                  |                  |                                               |
| TIPO CONTA<br>Conta Corrente                                                                                                                                                                                                                |                                                                                   | NAT.<br>PJ                                           |                    |                                  |                  |                                               |
| APLICAÇÃO: Reposição de insumos nas unidades de saúde. (Obs.: CC 921444)                                                                                                                                                                    |                                                                                   |                                                      |                    |                                  |                  |                                               |
| Entrega                                                                                                                                                                                                                                     | SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE, R. DAS FIGUEIRAS, 110 - VL DAS ARVORES             |                                                      |                    |                                  |                  |                                               |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                        | DESCRIÇÃO                                                                         | UN.                                                  | QUANTIDADE         | VL. UNITÁRIO                     | VL. UNIT. PEDIDO | VALOR TOTAL                                   |
| DOTAÇÃO ATUAL<br>20.022,01                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                   | EMPENHADO ATÉ A DATA<br>15.650,76                    |                    | VALOR DO EMPENHO<br>172,00       |                  | SALDO ATUAL<br>4.199,25                       |
| AUTORIZO<br>16/10/2026                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                   | LIQUIDADO POR<br>____/____/____                      |                    | PAGUE-SE<br>____/____/____       |                  | PAGO EM<br>____/____/____                     |
| ELAINE GOMEZ<br>220.974.218-81                                                                                                                                                                                                              |                                                                                   | Ursula Nascimento<br>404.046.028-60                  |                    | JOSE AMBONATI<br>164.580.208-64  |                  | Banco: _____<br>Conta: _____<br>Cheques _____ |
| Recebi da(o) MUNICIPIO DE TARUMA, a importância de:                                                                                                                                                                                         |                                                                                   |                                                      |                    |                                  |                  |                                               |
| (cento e setenta e dois reais)                                                                                                                                                                                                              |                                                                                   |                                                      |                    |                                  |                  | CRISLAINE<br>420.614.508-30                   |
| Referente ao Valor da Nota acima discriminada.                                                                                                                                                                                              |                                                                                   |                                                      |                    |                                  |                  |                                               |
| TARUMA, ____ de ____ de ____.                                                                                                                                                                                                               |                                                                                   | ASSINATURA DO FORNECEDOR<br>_____                    |                    | Documento _____<br>Número: _____ |                  |                                               |