



# PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA ALIANÇA

45094232/0001-94

Praça Padre João Nolte, 22

## NOTA EMPENHO

Numero 050/04537

Processo:

Ficha 111 Data 24/07/2026 Requi Venci Dt Liq  
Licitação OUTRO NÃO APLICÁVEL Nº Doc  
Fornecedor URBANBOX COMERCIO E SERVIÇOS LTDA 30.667.846/0001-40 Cod 5629  
Endereço RUA NILTON PENNA BOTELHO 130 PINHEIRAL 27197-000

### Recurso/Aplicação

0 Recursos nao Destinados a Contrapa

01 TESOURO

00 Recursos Ordinarios

310 SAÚDE-GERAL

000 SAÚDE-GERAL

### Material/Serviço

SCOPOLAMINE 1MG/3DAYS 10ADESIVOS INGENUS -  
QUANTIDADE: 3 CX - PROCESSO JUDICIAL

GL - Global

02

020800

3.3.90.32.99

10.303.0010.2033.0000

PREFEITURA

Fundo Municipal de Saude

OUTROS MATERIAIS DE DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

Manutenção Fundo Municipal de Saude

Dotação Inicial

450.000,00

Empenhado até Data

139.677,43

Valor Empenho

3.744,00

Saldo Atual

306.578,57

R\$ #3.744,00# três mil, setecentos e quarenta e quatro reais

Autorizado

24/07/2026

Andrea Luiz Machado

Secretaria Municipal de Saúde

Contabilizado

24/07/2026

Vanderlei Passarini

CRC: 1SP241449/O-1

A despesa referente a esse empenho, foi devidamente processada, encontrando-se em ordem para pagamento.

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

Ordem de Pagamento

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Despesa paga. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banco \_\_\_\_ Conta \_\_\_\_ Cheque \_\_\_\_ Valor \_\_\_\_

Banco \_\_\_\_ Conta \_\_\_\_ Cheque \_\_\_\_ Valor \_\_\_\_

RECIBO. Recebi(emos) o valor constante deste empenho.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome:

CGC/CPF:

Terça Feira, 14 de Julho de 2026.

|                  |                           |                      |         |
|------------------|---------------------------|----------------------|---------|
| ORÇAMENTO #91794 |                           | VALIDADE DA PROPOSTA |         |
| NOME:            | YASMIN FELISBINO DA SILVA | TELEFONE:            |         |
| CPF:             | 40353525863               |                      |         |
| ENDEREÇO:        | JOSÉ FAGLIARI, 75         | REPRESENTANTE:       |         |
| BAIRRO:          | PARQUE INDUSTRIAL         |                      |         |
| CIDADE:          | NOVA ALIANÇA / SP         |                      |         |
| CEP:             | 15212-002                 |                      |         |
|                  |                           |                      | 10 DIAS |

| MEDICAMENTO                                        |                             |            |           |              |
|----------------------------------------------------|-----------------------------|------------|-----------|--------------|
| NOME                                               | LABORATÓRIO                 | QNT.       | VALOR UN. | VALOR TOTAL  |
| SCOPOLAMINE 1MG/3DAYS 10ADESIVOS INGENUS           | INGENUS PHARMACEUTICALS, LL | 3 CX       | 1.248,00  | R\$ 3.744,00 |
|                                                    |                             |            |           |              |
|                                                    |                             | FRETE      |           | R\$ 0,00     |
|                                                    |                             | ACRÉSCIMOS |           | R\$ 0,00     |
| ( Três Mil e Setecentos e Quarenta e Quatro Reais) |                             | TOTAL      |           | R\$ 3.744,00 |

|                           |                                                   |                                                |
|---------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>FORMA DE PAGAMENTO</b> |                                                   | <b>Forma de pagamento:</b> DEPOSITO ANTECIPADO |
| <b>Dados bancários:</b>   | <b>PIX (email)</b><br>faleconosco@urbanbox.com.br | <b>SICOOB</b><br>Ag. 3260<br>C/C. 215410-2     |

|                          |                |                                |
|--------------------------|----------------|--------------------------------|
| FORMA DE ENTREGA / FRETE | TRANSPORTADORA | PRAZO ENTREGA<br>25 dias úteis |
|--------------------------|----------------|--------------------------------|

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS / OBSERVAÇÕES**

O pedido poderá ser efetuado, porém o embarque só será feito mediante a AUTORIZAÇÃO VÁLIDA DA ANVISA.

Obs.: O prazo de entrega não está somente ligado ao envio do medicamento, mas também a todo procedimento operacional realizado pela ANVISA e RFB, e que são necessários para garantir a legalidade dos produtos enviados.

O envio do código de rastreio de seu pedido será enviado em até 07 dias após sua compra, respeitando o prazo de envio em sua proposta.

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS NA SOLICITAÇÃO INICIAL:**

(Receita médica, redigida em português contendo: (Nome do paciente, Nome do medicamento, modo de uso e quantidade a ser comprada, Data, Carimbo (ou nome legível), assinatura, CRM e endereço do consultório médico/hospital, Cópia simples do documento de identidade ou certidão de nascimento em caso de menor de idade do paciente., Cópia do RG/CPF do responsável (se menor de idade); Cópia do comprovante de residência.; Cadastro do cliente.

Obs.: Esses documentos podem ser enviados por e-mail, para realizarmos o processo, sendo que a receita original deve ficar com o cliente, quando o medicamento chegar na fiscalização/Anvisa para liberação, iremos lhe orientar sobre o envio da mesma, caso seja requerido.

A presente proposta está sujeita à política de preços praticada pela empresa, que pode variar de acordo com o prazo de pagamento ou o instrumento de pagamento utilizado, em razão da variação cambial a que a importação está sujeita, conforme autorizado pela Lei 13.455/2017.

\*\*\*Os prazos de entrega estão sujeitos a alteração, caso sofram retenção e fiscalização por parte da ANVISA.

**Política de cancelamento de pedidos:**

É vedada a alteração de finalidade desta importação, sendo o uso do produto importado estritamente pessoal e intransferível e proibida a sua entrega a terceiros, doação, venda ou qualquer outra utilização diferente da indicada.

O cancelamento de um pedido ou qualquer alteração, poderá ocorrer somente se o pedido não tiver sido processado junto a transportadora e despachado para o destino.

Uma vez em rota, não temos como retroceder.

Em caso de cancelamento, poderá incidir desconto sobre o valor pago para cobrir eventuais taxas.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA ALIANÇA**

Praça Padre João Nolte, 22

CNPJ : 45.094.232/0001-94

Página 1

**Pedido de Empenho**

| Pedido   | Data Emissão | Nº Solicitação | Responsável | Digitador         |
|----------|--------------|----------------|-------------|-------------------|
| 02911/26 | 24/07/2026   |                |             | Lucelene de Pauli |

Poder PREFEITURA  
Órgão Secretaria Municipal de Saude  
Unidade / Setor F.M.Saude - 33.90.32  
Cond. Pagamento

Centro de Custo F.M.Saude - 33.90.32

Ficha 99 Valor 3.744,00  
020800 Fundo Municipal de Saude  
3.3.90.32.00 MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA  
10.301.0010.2033.0000 Manutenção Fundo Municipal de Saude

**Observação**

Fornecedor URBANBOX COMERCIO E SERVIÇOS LTDA COD: 5629  
Endereço: RUA NILTON PENNA BOTELHO Nº: 130 CNPJ: 30.667.846/0001-40  
PINHEIRAL

| Cod Prod    | Discr.                      | Marca | Unid | Quant | \$ Unit  | Centro de Custo      | Valor |
|-------------|-----------------------------|-------|------|-------|----------|----------------------|-------|
| 004.402.770 | SCOPOLAMINE 1MG 10 ADESIVOS |       | UND  | 3     | 1.248,00 | F.M.Saude - 33.90.32 |       |
| Obs.:       |                             |       |      |       |          |                      |       |

Total Pedido

3.744,00

Prefeito Municipal

*Andrea Luiz Machado*  
Responsável Secretaria  
Municipal de Saude  
Nova Aliança-SP

*Isabel*  
Almoxarife