

Processo:	2103001/2024
Fls.:	139
Rubrica:	Ⓟ

ESTADO DE MARANHÃO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM LUGAR  
COMISSÃO DE LICITAÇÃO  
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 012/2024  
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2103001/2024  
DATA DA SESSÃO PÚBLICA 17/06/2024, às 10:00 (Horário de Brasília)

OBJETO: Registro de preços para futura e eventual contratação de empresa para Fornecimento de Material Odontológico para atender a demanda da secretaria municipal de Saúde deste município de Bom Lugar – MA, conforme descrito neste Edital e seus Anexos, nas especificações, quantidades e condições contidas no Termo de Referência, Anexo I do Presente Edital- MA.


**PLANILHA DE CUSTOS – ITEM 38 CONTRA ANGULO**

CUSTOS			
Descrição			Valor (R\$)
A	Preço de custo (incluindo todos os insumos)		R\$ 110,00
Descrição		Percentual	Valor (R\$)
B	Mão de obra	5,00%	R\$ 5,50
C	Frete Unitário	5,00%	R\$ 5,50
D	Despesas Fixas	5,00%	R\$ 5,50
E	Total das Despesas	15,00%	R\$ 16,50
F	IRPJ	0,00%	R\$ 0,00
G	CSLL	0,00%	R\$ 0,00
H	COFINS	0,00%	R\$ 0,00
I	PIS/PASEP	0,00%	R\$ 0,00
J	CPP	0,00%	R\$ 0,00
K	ISS/ISSQN	0,00%	R\$ 0,00
L	ICMS/ICMS Compensação	0,00%	R\$ 0,00
M	Alíquota efetiva	12,00%	R\$ 32,40
N	Custos + Despesas		R\$ 158,90
LUCRO			
Descrição		Percentual	Valor (R\$)
O	Preço de Venda Unitário	41,15%	R\$ 111,10
Descrição		Percentual	Valor (R\$)
P	Total Unitário		R\$ 270,00
Q	Valor total do item		R\$ 12.150,00

**MIAMIMED PRODUTOS ODONTOLÓGICOS LTDA**

CNPJ: 38.259.748/0001-86 - INSC. EST.: 003824290.00-86

Rua Cipriano de Carvalho, nº 195, Cinquentenário, CEP 30.570-020, Belo Horizonte/MG - Telefone (31) 3374-6768 - Email: miamimed.licitacao@hotmail.com

Processo: 2103001/2024  
 Fls.: 440  
 Rubrica: 

**PLANILHA DE CUSTOS – ITEM 39 CANETA DE ALTA ROTAÇÃO**

<b>CUSTOS</b>			
Descrição			Valor (R\$)
A	Preço de custo (incluindo todos os insumos)		R\$ 110,00
Descrição		Percentual	Valor (R\$)
B	Mão de obra	5,00%	R\$ 5,50
C	Frete Unitário	5,00%	R\$ 5,50
D	Despesas Fixas	5,00%	R\$ 5,50
E	<b>Total das Despesas</b>	<b>15,00%</b>	<b>R\$ 16,50</b>
F	IRPJ	0,00%	R\$ 0,00
G	CSLL	0,00%	R\$ 0,00
H	COFINS	0,00%	R\$ 0,00
I	PIS/PASEP	0,00%	R\$ 0,00
J	CPP	0,00%	R\$ 0,00
K	ISS/ISSQN	0,00%	R\$ 0,00
L	ICMS/ICMS Compensação	0,00%	R\$ 0,00
M	Alíquota efetiva	12,00%	R\$ 33,60
N	<b>Custos + Despesas</b>		<b>R\$ 160,10</b>
<b>LUCRO</b>			
Descrição		Percentual	Valor (R\$)
O	Preço de Venda Unitário	42,82%	R\$ 119,90
Descrição		Percentual	Valor (R\$)
P	Total Unitário		R\$ 280,00
Q	Valor total do item		R\$ 12.600,00

BELO HORIZONTE, 19 DE JUNHO DE 2024.

ATENCIOSAMENTE,

MIAMIMED PRODUTOS  
 ODONTOLÓGICOS  
 LTDA:38259748000186

Assinado de forma digital por MIAMIMED  
 PRODUTOS ODONTOLÓGICOS  
 LTDA:38259748000186  
 Dados: 2024.06.19 11:20:59 -03'00'

**MIAMIMED PRODUTOS ODONTOLÓGICOS LTDA**  
 CNPJ Nº 38.259.748/0001-86

**MIAMIMED PRODUTOS ODONTOLÓGICOS LTDA**

**CNPJ: 38.259.748/0001-86 - INSC. EST.: 003824290.00-86**

**Rua Cipriano de Carvalho, nº 195, Cinquentenário, CEP 30.570-020, Belo Horizonte/MG - Telefone (31) 3374-6768 - Email: miamimed.licitacao@hotmail.com**

CEBREMOS DE DENTEMED EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 29/02/2024 VALOR TOTAL: R\$ 57.700,00 DESTINATÁRIO: MIAMIMED PRODUTOS ODONTOLÓGICOS LTDA - R CIPRIANO DE CARVALHO, 195 CINQUENTENARIO Belo Horizonte-MG

NF-e  
Nº 17.432  
Série 1

Processo: 2103004/2024  
Fls.: 441

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**DANFE**  
Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal  
Eletrônica  
0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA  
**Nº 17.432**  
**Série 1**  
Folha 1/1

**DENTEMED EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS LTDA**  
R ANTONIO GRAVATA, 136 - A  
BETANIA - 30570-040  
Belo Horizonte - MG Fone: (31) 3374-6768

CHAVE DE ACESSO  
**3124 0207 8970 3900 0100 5500 1000 0174 3217 6893 4898**  
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
**Venda de Producao do Estabelecimento**

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
**131245840663414 - 29/02/2024 15:07:55**

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
**001.005.921/0010**

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.  
**07.897.039/0001-00**

CNPJ  
**38.259.748/0001-86**

DESTINATÁRIO / REMETENTE  
NOME / RAZÃO SOCIAL  
**MIAMIMED PRODUTOS ODONTOLÓGICOS LTDA**

CNPJ / CPF  
**38.259.748/0001-86**

DATA DA EMISSÃO  
**29/02/2024**

ENDEREÇO  
**R CIPRIANO DE CARVALHO, 195**

BAIRRO / DISTRITO  
**CINQUENTENARIO**

CEP  
**30570-020**

DATA DA SAÍDA/ENTRADA  
**29/02/2024**

MUNICÍPIO  
**Belo Horizonte**

UF FONE / FAX  
**MG (31) 3374-6768**

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
**003.824.290/0086**

HORA DA SAÍDA/ENTRADA  
**15:07:53**

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
CÓDIGO  
**001**  
Data  
**29/02/2024**  
Valor  
**R\$ 57.700,00**

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR IMP. IMPORTAÇÃO	VALOR DO PIS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
57.700,00	10.386,00	0,00	0,00	0,00	375,05	57.700,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR DA COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	2.298,40	0,00	2.298,40	1.731,00	57.700,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS	NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ / CPF
		<b>(9) Sem Frete</b>				
			MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO (KG)	PESO LÍQUIDO (KG)

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS														
CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI	
552	CONJUNTO ODONTOLÓGICO	90184999	000	5101	UN	6	4.500,00	27.000,00	27.000,00	4.860,00	702,00	18,00	2,60	
2	CANETA DE ALTA ROTACAO	90184100	000	5101	UN	70	110,00	7.700,00	7.700,00	1.386,00	400,40	18,00	5,20	
58	MICRO MOTOR BAIXA ROTACAO	90184100	000	5101	UN	70	110,00	7.700,00	7.700,00	1.386,00	400,40	18,00	5,20	
38	CONTRA ANGULO BAIXA ROTACAO	90184100	000	5101	UN	70	110,00	7.700,00	7.700,00	1.386,00	400,40	18,00	5,20	
1398	APARELHO FOTOPOLIMERIZADOR ODONTOLÓGICO SEM FIO	90184999	000	5101	UN	40	190,00	7.600,00	7.600,00	1.368,00	395,20	18,00	5,20	

DADOS ADICIONAIS  
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
E-mail do Destinatário: miamimedprodutos@gmail.com  
Inf. Contribuinte: RECLAMAÇÕES NO PRAZO MÁXIMO DE 24 HORAS. Operação com pagamento do imposto diferido REGIME ESPECIAL e-PTA-RE no 45.000012029-28. - Operação com pagamento do imposto diferido.

RESERVADO AO FISCO