

ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE INACIOLÂNDIA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
NOTA DE EMPENHO

| | | | | | | |
|---|---|---------------|--------------|-------------------|---------------------|--------|
| Empenho: | Data: | Valor: | Tipo: | Protocolo: | Ordem Fornecimento: | Ficha: |
| 206840/24 | 16/10/2024 | 50,00 | ORDINÁRIO | 000014210/24 | 51820/2024 | 0204 |
| Incorporação da Despesa: | | | | | | |
| Órgão Gestor: | 5 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE | | | | | |
| Unidade Orçamentária: | 1 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE | | | | | |
| Função: | 10 - SAÚDE | | | | | |
| Subfunção: | 302 - ASSISTENCIA HOSPITALAR E AMBULATOR. | | | | | |
| Programa: | 2052 - SAÚDE FAZENDO MAIS POR VOCÊ | | | | | |
| Ação: | 2119 - MANUTENCAO DO PROGRAMA MEDIA E ALTACOMPLEXIDADE - ATIVIDADE | | | | | |
| Elemento: | 3.3.90.30 - MATERIAL DE CONSUMO | | | | | |
| Subelemento: | 09 - MATERIAL FARMACOLOGICO | | | | | |
| Fonte de Recurso: | 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS E DE TRANSFERÊNCIA DE IMPOSTOS - SAÚDE | | | | | |
| Destinação de Recurso: | 000 - RECURSOS QUE NÃO SE ENQUADRAM NOS DETALHAMENTOS ANTERIORES | | | | | |
| Movimentação do Crédito Orçamentário: | | | | | | |
| Saldo Anterior: | Valor Comprometido: | | Saldo Atual: | | | |
| 12.055,02 | 50,00 | | 12.005,02 | | | |
| Dados do Credor: | | | | | | |
| Credor: | ANTONIO CESAR DOS SANTOS E CIA LTDA-ME. | | | | | |
| CNPJ: | 24.835.399/0001-99 | | | | | |
| Endereço: | RUA JOSE VENANCIO RIBEIRO, 17, CENTRO, CEP: 75.550-000, INACIOLÂNDIA - GO | | | | | |
| Conta: | Tipo: | | Status: | | | |
| Código operação: | | | | | | |
| Contrato/Licitação: | | | | | | |
| Contrato: | / | Data Inicial: | Data Final: | Publicação: | | |
| Modalidade: | Dispensa de Licitação | Licitação: | 14210/2024 | Aditivo de Prazo: | Data Final: | |
| Fundamentação: | Dispensa - inciso II do Art. 75 Lei Nº 14.133/21 | Edital: | | Aditivo de Valor: | Valor: | |
| Especificação | | | | | | |
| COMPRA DE URGÊNCIA PARA SUPRIR A DEMANDA DE UM PACIENTE QUE ESTAVA INTERNADO E PRECISAVA COM URGÊNCIA DA MEDICAÇÃO NA FARMÁCIA BASICA. PEDIDO N 89716102. | | | | | | |
| Fica empenhada a importância de 50,00 (Cinquenta Reais) | | | | | | |
| | | | | | | |

BARBARA ARANTES QUEIROZ DIAS
SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE
CPF: 757.820.061-53

CARLA ANDREZA DE MELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE CONTROLE
CPF: 002.656.211-19

DENER FERREIRA BORGES
DEPARTAMENTO CONTÁBIL
CPF: 878.940.411-49