

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

| | | | | | | |
|--|---|--------|----------------|--------------|---------------------|-------------|
| Empenho: | Data: | Valor: | Tipo: | Protocolo: | Ordem Fornecimento: | Ficha: |
| 199218/24 | 21/03/2024 | 250,00 | ORDINÁRIO | 000003639/24 | 47766/2024 | 0180 |
| Incorporação da Despesa: | | | | | | |
| Órgão Gestor: | 5 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE | | | | | |
| Unidade Orçamentária: | 1 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE | | | | | |
| Função: | 10 - SAÚDE | | | | | |
| Subfunção: | 122 - ADMINISTRACAO GERAL | | | | | |
| Programa: | 2052 - SAÚDE FAZENDO MAIS POR VOCÊ | | | | | |
| Ação: | 2050 - MANUTENCAO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - ATIVIDADE | | | | | |
| Elemento: | 3.3.90.32 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA | | | | | |
| Subelemento: | 00 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA | | | | | |
| Fonte de Recurso: | 107 - TRANSFERENCIA DE RECURSOS DO SISTEMA UNICO DE SAÚDE - SUS - BLOCO DE MANUTENÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE. | | | | | |
| Destinação de Recurso: | 017 - MÉDIA ALTA COMPLEXIDADE - MAC | | | | | |
| Movimentação do Crédito Orçamentário: | | | | | | |
| Saldo Anterior: | Valor Comprometido: | | Saldo Atual: | | | |
| 127.015,50 | 250,00 | | 126.765,50 | | | |
| Dados do Credor: | | | | | | |
| Credor: | MAIS SAUDE GOIAS LTDA | | | | | |
| CNPJ: | 36.876.549/0001-91 | | | | | |
| Endereço: | Nº:SN - QUADRA36 LOTE 06, CENTRO, CEP: 75.880-000, PARANAIGUARA - GO | | | | | |
| Conta: | Banco: 756 - BANCO COOP Ag: 5014- C/C: 22150-3 | | Tipo: CORRENTE | | Status: ATIVA | |
| Codigo operação: | | | | | | |
| Contrato/Licitação: | | | | | | |
| Contrato: | / | | Data Inicial: | Data Final: | Publicação: | |
| Modalidade: | Dispensa de Licitação | | Licitação: | 3639/2024 | Aditivo de Prazo: | Data Final: |
| Fundamentação: | Dispensa - inciso II do Art. 75 Lei Nº 14.133/21 | | Edital: | | Aditivo de Valor: | Valor: |
| Especificação | | | | | | |
| AQUISIÇÃO EM CARATER DE URGENCIA ,DO EXAME (USG MORFOLOGICO) PARA A PACIENTE LORRAINE VIEIRA SILVA. PEDIDO 89713261 | | | | | | |
| Fica empenhada a importância de 250,00 (Duzentos e Cinquenta Reais) | | | | | | |
| | | | | | | |

PAULO CESAR SISDELLI
SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE
CPF: 108.628.088-12

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

DENER FERREIRA BORGES
DEPARTAMENTO CONTÁBIL
CPF: 878.940.411-49