

NOTA DE EMPENHO

Ordenador de despesa no uso de suas atribuições e em cumprimento à execução orçamentária, autoriza a emissão de empenho de despesa conforme descrição abaixo.

05 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

0501 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Credor

| Razão Social / Fornecedor | CPF / CNPJ | Banco | Agência | Conta bancária |
|--|----------------------------|--------------|---------|----------------|
| MAIS SAUDE GOIAS LTDA | 36.876.549/0001-91 | 756 | 5014 | 22.150-3 |
| Endereço | Cidade | Telefone | | |
| PREFEITO ELIAS MIGUEL SALOMAO, N°:SN - QUADRA36 PARANAIGUARA-GO | LOTE 06, 75880000, CENTRO, | PARANAIGUARA | | |

Empenho

| Tipo do empenho | Ficha | Número do empenho |
|------------------|------------------------|--------------------|
| Ordinario | 20230451 | 10090 |
| Data | Autorização de compras | Tipo de modalidade |
| 28/11/2023 | 45886 | |
| Local de Entrega | Aplicação | Documento |
| | | |
| | Saldo Anterior | Valor |
| | 790,00 | 250,00 |
| | | Saldo Atual |
| | | 540,00 |

Dotação

| Natureza de despesa | Classificação funcional |
|--|---|
| 3.3.90.32 - MATERIAL DE DISTRIBUICAO GRATUITA | 10.122.2052-2050-MANUTENCAO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| Sub elemento de despesa | |
| 3.3.90.32.00 - MATERIAL DE DISTRIBUICAO GRATUITA | |
| Vínculo | Crédito |
| 107 - TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO | ORÇAMENTÁRIO |

Valores

| Valor do empenho |
|------------------|
| 250,00 |

Histórico

| |
|--|
| DESPEZA PROVENIENTE COM AQUISIÇÃO REFERENTE A DOAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO GRATUITA EM CARÁTER EMERGENCIAL PARA O PACIENTE SR(A): JULIANA SANTOS DE MOURA, CONFORME O OFÍCIO N° 722/23. SOB A SUPERVISÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE. PROCESSO ADMINISTRATIVO DISPENSA N° 2023015509 |
|--|

Parcelamento

| Número da parcela | Data de vencimento | Valor da parcela |
|-------------------|--------------------|------------------|
| 1 | 30/11/2023 | 250,00 |

Produto/Serviço da autorização de compras

| Item | Código produto | Produto | Descrição | Quantidade | Valor unitário | Valor total |
|------|----------------|---------|------------------------|------------|----------------|---------------|
| 1 | 23099 | USG | OBSTETRICO MORFOLOGICO | 1,00 | 250,00 | 250,00 |
| | | | | | | 250,00 |

Líquido por extenso

| |
|--|
| ***** (DUZENTOS E CINQUENTA REAIS) ***** |
|--|

Assinaturas

| | | |
|---|--|--|
| PAULO CESAR SISDELLI SECRETARIO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE 10862808812 | CARLA ANDREZA DE MELO SECRETARIA MUNICIPAL DO CONTROLE INTERNO 265621119 | CONTABILIDADE DEPARTAMENTO CONTABIL 17246674000173 |
|---|--|--|