



# PREFEITURA DA EST CLIMÁTICA DE CACONDE

RUA DUQUE DE CAXIAS CACONDE-SÃO PAULO CNPJ: 45767829000152

## EMPENHO ORÇAMENTARIO

### 2024

*processo nº 45*

<b>EMPENHO Nº</b> 1755	Ficha 246	Tipo ORDINÁRIO	Data 11/03/2024	Prazo Pagto	Licitação	Processo	Modalidade Licitação DISPENSA DE LICITAÇÃO
------------------------	--------------	-------------------	--------------------	-------------	-----------	----------	---


UNIDADE	02.06.00 FUNDO MUNICIPAL DA SAÚDE	DOTAÇÃO	2.200.000,00
EXECUTORA	02.06.01 FUNDO MUNICIPAL DA SAUDE	ANTERIOR	2.006.502,64
NATUREZA	3.3.90.32 Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita	EMPENHADA	16.299,70
SUB-ELEMENTO	3.3.90.32.99.001 OUTROS MATERIAIS DE DISTRIBUIÇÃO GRATUITA	<b>SALDO ATUAL</b>	<b>1.990.202,94</b>
FUNCIONAL	10302.0032 PROMOÇÃO DA ASSISTENCIA MEDICA		
PROJ/ATIVID.	2.030 Manutenção da Assistencia Medica e Ambulatorial		
RECURSO	01.310.0000 FONTE TESOURO SAUDE		

Tipo de Meta	Convênio	Fontes de Recurso	MEM	Data Início	Data Término	Processo	Data Assinatura
--------------	----------	-------------------	-----	-------------	--------------	----------	-----------------

**Beneficiário**  
**FERNANDA ALINE DE SOUZA ALEXANDRE SIQUEIRA-ME** CÓD: 5486  
 CPF/CNPJ: 19.725.525/0001-12 TIPO PESSOA: CNPJ - PESSOA JURÍDICA  
 ENDEREÇO: RUA MADRE CALAZANZA, 99 BAIRRO: BAIRRO SANTO ANTONIO  
 CIDADE: CACONDE TELEFONE: 3662 2425  
 BANCO: AGÊNCIA: C/C

<b>Histórico</b> 6,00000 CX DIOVAN HCT 80/12,5 MG C/28 COMPR; 24,00000 CX DAPAGLIFOZINA 10 MG (FORXIGA CAIXA 30 COMP); 7,00000 CX ENTRESTO 50 MG (SACULBITRIL/VALSARTANA - CAIXA 28 COMP); 5,00000 CX EUTHYROX 200 MCG (CAIXA 30 COMP); 5,00000 CX EUTHYROX 50 MCG (CAIXA 30 CO	<b>Observações:</b> MATERIAL DE DISTRIBUIÇÃO GRATUITA - MEDICAMENTOS PARA PACIENTES DO CENTRO DE SAUDE - ORDEM JUDICIAL - DISPENSA DE LICITAÇÃO ART 6º, XIII DA LEI Nº14.133/2021  RCMS: 478 OF: 626 REQ.: SILVANO NOVAIS Prazo: 1 - A vista
<b>VALOR....R\$</b>	
<b>16.299,70</b>	

**Fica empenhado a importância de:**  
 DEZESSEIS MIL E DUZENTOS E NOVENTA E NOVE REAIS E SETENTA CENTAVOS

<b>AUTORIZAÇÃO DE EMPENHO</b>   SILVANO NOVAIS DIRETOR DE SAÚDE  DATA: ___/___/___	<b>CONTABILIZAÇÃO</b>  JULIANA BOAVENTURA DA SILVA CONTADORA  DATA: ___/___/___	<b>LIQUIDAÇÃO</b>  Nota Fiscal:  DATA: ___/___/___
---	--	--

<b>AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO</b>  DATA: ___/___/___  ANDRÉ LUIZ DA ROCHA MONTEIRO DIRETOR DE FINANÇAS	Banco: Recurso: Cheque:  CARLA ROBERTA THOMAZ TESOUREIRA
---	---

**RECIBO E QUITAÇÃO**  
 Recebemos o valor a que se refere este empenho, ao qual damos pleno e geral quitação.  
 Assinatura \_\_\_\_\_ Documento \_\_\_\_\_  
 DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

