



NOTA DE SUBEMPENHO

O PREFEITO MUNICIPAL, para efeito da execução orçamentária, nos termos do art. 58 da Lei nº 4.320/64, determina seja empenhada neste exercício, a importância a seguir especificada.

IDENTIFICAÇÃO

Favorecido: 80170 - REALPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA Protocolo: /
CPF/CNPJ.: 05.561.973/0001-13 I. E.: 1832375460068 Bco: Ag: - Conta: -
Endereço.: RUA ARISTIDES FRANCISCO PINTO 800
SANTA MATILDE - CONSELHEIRO LAFAIETE - MG - 36.400-000

CLASSIFICAÇÃO

Unidade Orçamentária: 02.005.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Função.....: 10 SAUDE
Subfunção.....: 122 ADMINISTRACAO GERAL
Programa.....: 1001 AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE
Projeto/Atividade.....: 1.463 ENFRENTAMENTO EMERG.SAÚDE PÚBLICA / COVID-19
Categoria Econômica.: 3.3.90.30.35 MATERIAL DE CONSUMO - MATERIAL HOSPITALAR
Fonte de Recursos.....: 154 OUTRAS TRANSFERENCIAS DE RECURSOS DO SUS
Histórico.....: REFERENTE À REGUL. DE DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA, P/ AQUISIÇÃO DE MATERIAIS HOSPITALARES P/ AS EQUIPES DE SAÚDE DAS UBS'S. COMPRA EM CONFORMIDADE COM A LEI 13.979 DE 06 DE FEVEREIRO DE 2020, QUE DISPÕE SOBRE AS MEDIDAS P/ENFRENTAMENTO DA EMERGENCIA DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTANCIA INTERNACIONAL DECORRENTE DO CORONA VIRUS (COVID 19).

LICITAÇÃO

Proc. Licitatório: 0000040/20 Modalidade: Dispensa - 0002/2020 Req.: 20/000626-005

CONTROLE ORÇAMENTÁRIO

Saldo orçamentário anterior: R\$ 6.300,40 Valor do empenho: R\$ 2.542,60
Saldo orçamentário atual.....: R\$ 3.757,80 Valor líquido.....: R\$ 2.542,60

AUTORIZAÇÃO

EMPENHO

Nos termos do art. 64 da Lei nº 4.320/64, autorizo a presente despesa e determino o contador a proceder o empenho da mesma. Procedi em 27/05/2020 o empenhamento da despesa, conforme previsão nas leis orçamentárias e/ou crédito especial, e autorização do Gestor.

WASHINGTON LUIS GRAVINA TEIXEIRA CPF: 838.375.076-53 PATRICIA S. JULIO ALMEIDA BARROS CRC: 75.025/O9
PREFEITO MUNICIPAL DIRETORA DE CONTABILIDADE CPF: 926.603.046-53

LIQUIDAÇÃO

Liquidação conforme artigos 62 e 63 da Lei 4.320/64. Data: 27/05/2020

DENILSON HERMES DA CUNHA
SECRETÁRIO DE SAÚDE CPF: 060.114.336-18

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nos termos do art. 65 da Lei nº 4.320/64, determino que a presente despesa seja paga. Data: 27/05/2020

DENILSON HERMES DA CUNHA
SECRETÁRIO DE SAÚDE CPF: 060.114.336-18

RECIBO

R\$ 2.542,60

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste órgão municipal a importância de R\$ 2.542,60 (DOIS MIL, QUINHENTOS E QUARENTA E DOIS REAIS E SESSENTA CENTAVOS ***** referente às despesas acima mencionadas.

Data: 27/05/2020

Recebedor: _____
Documento: _____

Banco: B.B Conta: 18.255-9 Cheque/ordem pagto. nº: _____

OK