

|                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                    |                                       |                  |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------|-----------|
| <b>FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE</b><br>RUA MARTIMIANO ALVES DIAS 1211<br>13.659.627/0001-09                                                                                                                                                                                    |                                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                    | <b>NOTA EMPENHO</b><br><br><b>792</b> |                  |           |
| <b>OR - Ordinário</b> <b>792</b>                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     | FICHA: 437                              | DATA: 23/04/2025                                                                                                                                                                                   | PEDIDO Nº: 00472/25                   |                  |           |
| LICITAÇÃO: PREGÃO ELETRÔNICO 0089/24                                                                                                                                                                                                                                       |                                                     | PROCESSO ADM.: 34631/2024               | PROC.LICITATÓRIO: 000574/24                                                                                                                                                                        |                                       |                  |           |
| NOME: CLÍNICA NUTRICIONAL LTDA EPP<br>ENDEREÇO: RUA DR ANTONIO ALVES ARANTES                                                                                                                                                                                               |                                                     |                                         | 05.155.405/0001-12<br>CAMPO GRANDE                                                                                                                                                                 |                                       | CÓDIGO: 4299     |           |
| CÓDIGO                                                                                                                                                                                                                                                                     | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA                  |                                         |                                                                                                                                                                                                    |                                       |                  |           |
| 02                                                                                                                                                                                                                                                                         | PODER EXECUTIVO                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                    |                                       |                  |           |
| 02                                                                                                                                                                                                                                                                         | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS                      |                                         |                                                                                                                                                                                                    |                                       |                  |           |
| 3.3.90.39.50                                                                                                                                                                                                                                                               | OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA      |                                         |                                                                                                                                                                                                    |                                       |                  |           |
| 10.302.0003.2030.0000                                                                                                                                                                                                                                                      | Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar |                                         |                                                                                                                                                                                                    |                                       |                  |           |
| DOTAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                    | EMPENHADO ATÉ A DATA                                | VALOR DESTE EMPENHO                     | SALDO ATUAL                                                                                                                                                                                        |                                       |                  |           |
| 3.520.413,73                                                                                                                                                                                                                                                               | 3.409.240,95                                        | 11.091,50                               | 100.081,28                                                                                                                                                                                         |                                       |                  |           |
| <b>VALOR EM R\$</b> onze mil e noventa e um reais e cinquenta centavos *****                                                                                                                                                                                               |                                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                    |                                       |                  |           |
| <b>11.091,50</b> *****                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                    |                                       |                  |           |
| DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO<br><br>Referente aquisição de fórmulas infantis e dietas enterais, conforme ata de registro de preços n.º019/24, pregão eletrônico n.º089/24, processo licitatório n.º574/24, processo administrativo n.º34631/24, Protocolo 7427/2025. |                                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                    |                                       |                  |           |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                       | CÓDIGO                                              | DESCR.                                  | QTD                                                                                                                                                                                                | UNID                                  | VLR UNIT R\$     | TOTAL     |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                          | 376.003.051                                         | DIETA PADRAO USO ENTERAL OU ORAL, 1.2 K | 350,00                                                                                                                                                                                             | UN                                    | 31,69            | 11.091,50 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                    |                                       |                  |           |
| <b>VALOR TOTAL DOS ITENS</b>                                                                                                                                                                                                                                               |                                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                    |                                       | <b>11.091,50</b> |           |
| Autorizo o empenho dessa despesa.<br>Data: 23/04/2025<br><br><div style="text-align: center;">           JOSE EDACYR SIMM<br/>           SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE         </div>                                                                                      |                                                     |                                         | Essa despesa foi empenhada em crédito Próprio<br>Data: 23/04/2025<br><br><div style="text-align: center;">           ENEDILSON MAROCCO<br/>           CONTADOR - CRC: 007766/O-5/MS         </div> |                                       |                  |           |





**MUNICÍPIO DE SAO GABRIEL DO OESTE**

RUA MARTIMIANO ALVES DIAS, Nº 1211 - CENTRO - CNPJ: 15.389.588/0001-94

SAO GABRIEL DO OESTE/MS - CEP 79.490-000

FONE: (67) 3295-2111



**CÓDIGO DE ACESSO**

8476B152BB1A44D08CDB2FEEFA42AD1B

**VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS**

Este documento foi assinado digitalmente/eletronicamente pelos seguintes signatários nas datas indicadas

Para verificar a validade das assinaturas acesse o link abaixo

<https://saogabrieldooeste.flowdocs.com.br/public/assinaturas/8476B152BB1A44D08CDB2FEEFA42AD1B>