

Prefeitura do Município de Guariba

Av. Evaristo Vaz, 1190  
CEP: 14.840-000  
CNPJ: 48.664.304/0001- 80

NOTA DE EMPENHO

|                          |                                         |                         |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|
| PROGRAMA: ATENÇÃO BÁSICA | N.EMPENHO/TIPO<br>2024/005441 000Global | RECURSO<br>Orçamentário |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|

|                          |                                                    |
|--------------------------|----------------------------------------------------|
| ÓRGÃO 02 PODER EXECUTIVO | UNIDADE EXECUTORA 01 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE |
|--------------------------|----------------------------------------------------|

|                                                                                 |              |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| DOTAÇÃO 10.301.038.2.120 33903098 OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO DECORRENTE D 1891 | N.CONTA 0075 |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------|

|                                                       |
|-------------------------------------------------------|
| CREDOR 68757 DIRCEIA APARECIDA FRANCHINI DROGARIA - M |
|-------------------------------------------------------|

|                                       |      |                |
|---------------------------------------|------|----------------|
| ENDERECO RUA NOVE DE JULHO 882 CENTRO | FONE | CIDADE GUARIBA |
|---------------------------------------|------|----------------|

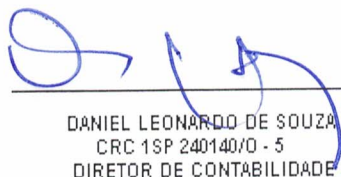
|                                    |           |             |             |                       |                        |
|------------------------------------|-----------|-------------|-------------|-----------------------|------------------------|
| LICITAÇÃO<br>Dispensa por Justific | NÚMERO 26 | SOLICITAÇÃO | PROC.COMPRA | EMIÇÃO<br>26026.06.24 | VENCIMENTO<br>31.12.24 |
|------------------------------------|-----------|-------------|-------------|-----------------------|------------------------|

|         |                  |                           |                        |
|---------|------------------|---------------------------|------------------------|
| FONTE 1 | COD. APL 3010000 | DESC. APL. ATENÇÃO BÁSICA | VALOR EMPENHO 1.051,20 |
|---------|------------------|---------------------------|------------------------|

| ITEM | QNT. | UN. | ESPECIFICAÇÃO                                                                                                                                                                                                                       | VALOR TOTAL | RETENÇÕES |
|------|------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|
| 1    | 180  |     | VESOMNI; SUCCINATO DE SOLIFENACINA 6MG + CLORIDRATO DE TANSULOSINA 0,4MG; COMPRIMIDOS REVESTIDOS AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO PARA O ATENDIMENTO DE PACIENTE REQUERENTE DE AÇÃO JUDICIAL DE GUARIBA POR UM PERÍODO DE CERCA DE 90 DIAS. | 1.051,20    |           |

|                 |          |                 |          |
|-----------------|----------|-----------------|----------|
| TOTAL DESCONTOS |          | TOTAL RETENÇÕES |          |
| TOTAL GERAL     | 1.051,20 | TOTAL LÍQUIDO   | 1.051,20 |

|                |               |                 |
|----------------|---------------|-----------------|
| ANO CONVÊNIO : | N. CONVÊNIO : | TERMO ADITIVO : |
| ANO CONTRATO : | N. CONTRATO : | TERMO ADITIVO : |

|                      |                                    |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                     |
|----------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pagamento            | CHEQUE : _____                     | <br>DANIEL LEONARDO DE SOUZA<br>CRC 1SP 240140/O - 5<br>DIRETOR DE CONTABILIDADE | <br>CELSO ANTONIO ROMANO<br>PREFEITO MUNICIPAL |
| Data: ____/____/____ | BANCO : _____                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                     |
|                      | CONTA _____                        |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                     |
| TESOUREIRO           | CÓD APL: _____<br>Art. Caixa _____ |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RECIBO                                                                                                                                                                            |
| DECLARA(AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA GUIA DE PAGAMENTO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO, E PELA QUAL DOU(AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO. |
| _____/_____/_____<br>ASSINATURA                                                                                                                                                   |