

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTAÓ
 JESSICA CARISE LUZ DA SILVA
 AV JULIO DE MAILHOS 350 99.190.000
 CNPJ-MF: 92 451 152/0001 29 TEL.:
 NOTA DE EMPENHO N. 2.806/1
 PROCESSO DE DISPENSA POR PE
 EMPENHO REGULAR

CREADOR.: CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE CNPJ-MF: 01 987 787/0001 90
 ENDERECO: RUA OLIVEIRA LIMA 350 CIDADE: NONOAI RS 99.600.000
 CODIGO.: 982/2 TELEFONE:

REQUISICAO 0056014 | PROCES.: | LICITACAO: /0000 | PROCESSO DE DISPE

ORGAO: 08 SECRETARIA DA SAUDE CpRV:
 PROJETO/ATIVIDADE: 0801 10 301 0047 2047 MANUT.ATIVIDADES DE SAUDE MUNICIPIO
 NATUREZA DESPESA: 3390 32 95 01 00 00 MEDICAMENTOS 21083/8
 RECURSO: 40 ASPS Com.ReV: 3160

Quantid.	Un.	Especificacao Produto ou Servico	Preco Unitario	Valor Total
3000,000	UND	CAPTOPRIL 25 MG	0,0291	87,30
540,000	UND	METOPROL SUCCINATO 50 MG	0,4080	220,32
60,000	UND	AMBROXOL 30 MG	1,7200	103,20
2520,000	UND	VENLAFAXINA 150 MG	0,7370	1.857,24
600,000	UND	PROPAFENONA 300 MG	0,3500	210,00
2010,000	UND	VENLAFAXINA 75 MG	0,4500	904,50
200,000	UND	CLONAZEPAM 2,5 MG	1,5290	305,80
FINALIDADE: MEDICAMENTOS P/USO DE PACIENTES DA UNIDADE DE SAUDE				
<=>				
<=>				
<=>				
<=>				
<=>				
<=>				
<=>				

Car.Pec.: 000 | Desconto: 0,00 | TOTAL => 3.688,36

DESDOBRAMENTO:
 CLASSIFICACAO: BASE LEGAL: 1-Lei 8.666/93
 COMPR/CONVEN.: DESP.FUNC.: X-NSA (Nao se aplica)

DATA	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO DA VERBA
28/05/2020	39.801,29	3.688,36	36.112,93

Declaro que recebi e conferi os mat./serv Em ____/____/____	Resp. da Contabil. Em ____/____/____	R E C I B O Recebi do MUNICIPIO SUPRA CITADO o valor deste empenho, pelo que dou plena e irrevogavel quitacao. Em ____/____/____
RESP. LIQUIDACAO	VALDIRENO ANESI	
ORDENADOR DESPESA ____/____/____	Atesto o pagamento deste documento ____/____/____	ASSINATURA Doc: Banco:_____ N. cheque:_____ N. conta:_____
NELSON JOSE GRASELL		