
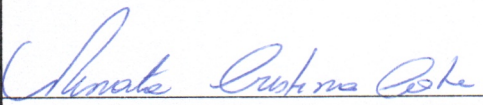
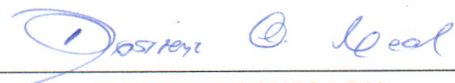

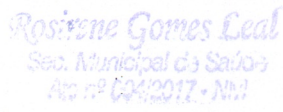





FL. Nº 02

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAÍSO DO TOCANTINS  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

		<b>Prefeitura Municipal de Paraíso do Tocantins</b> <b>SOLICITAÇÃO DE COMPRAS/SERVIÇOS</b>		<b>DATA</b>
				01/02/2019 ✓
<b>Órgão solicitante:</b>		FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE ✓		
<b>Assunto:</b>		AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO PARA ATENDER DEMANDA 0004367-39.2016.827.2731 / 0007232-98.2017.827.2731. ✓		
<b>Fonte de recurso:</b>		PRÓPRIO		
Em caso de convênio e/ou contrapartida de convênio, indicar origem e número.				
<b>Identificação da necessidade:</b>		Aquisição de medicamentos para o paciente <u>MARIA MEDIMAR DOS SANTOS SENA</u> portador de INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA TERMINAL, em atendimento a Demanda Judicial nº 0004367-39.2016.827.2731 / 0007232-98.2017.827.2731.		
<b>Item</b>	<b>Quant.</b>	<b>Unid.</b>	<b>Discriminação</b>	
01	16 ✓	AMPOLAS	SACARATO DE HIDROXIDO DE FERRO IV 20 MG/ML ✓	
02	04 ✓	CX ✓	CALCITROL 0,25 MG ✓	
03	04 ✓	CX ✓	MONOCORDIL 20 MG ✓	
<b>Preço Estimado</b>		R\$:		
Destaca-se que a aquisição dos itens mencionados anteriormente poderá ser custeada na dotação abaixo:				
<b>DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA</b>		<b>NATUREZA DA DESPESA</b>		<b>FICHA</b>
10.302.0004.2152		339032		85
				004000000
<b>Responsável pela elaboração</b>			<b>Autorizo a Despesa</b>	
Data: 01/02/2019 ✓			Data: 01/02/2019 ✓	
				
RENATA CRISTINA COSTA			ROSIRENE GOMES LEAL	
				
<b>Responsável</b>			<b>Secretária(o)</b>	
<b>RATIFICAÇÃO DO SETOR FINANCEIRO</b>				
Declaro, como Secretária de Finanças, para os fins do disposto no art. 16, inciso II da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2001, que a presente despesa tem adequação orçamentária e financeira, e está compatível com o Plano Plurianual e a Lei de Diretrizes Orçamentárias. Conforme nota de reserva anexada aos autos a Fl. <u>71</u> .				
EM: <u>25 10º 19</u>				
 SECRETÁRIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS				

2004-04-14







FL. Nº 03

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAÍSO DO TOCANTINS  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CIENTE, OBSERVADAS AS NORMAS PERTINENTES.**

EM: 26 / 02 / 19 .

  
**MOISES AVELINO  
PREFEITO**

FL. No.