Nota de Liquidação e Pagamento

Identificação da Unidade

Órgão : **25000** - Instituto de Previdência dos Servidores do Município de Teresina

Unidade : **25002** - Fundo de Assistência ao Servidor

Endereço : Rua Firmino Pires-379-Centro-Teresina-PI-64001-070

Telefone : **3215-7570** CNPJ : *41.256.744/0001-55*

Liquidação

Nº 236

1º EMISSÃO

Data Liquidação: **09/02/2024**

Processo SEI Nº 00041.000725/2024-46

Identificação do Credor

Credor : **Pharma Mundo LTDA**

Endereço : **Avenida Paulista,-1471-bela vista-São Paulo-CE-01311-927**

CNPJ / CPF : **51.309.429/0001-04**

Telefone :

Dados Bancários : **Banco - 1** **Agência - 7031-9** **Conta Corrente - 15.626-4**

Identificação da Dotação

Ficha: 46

Programática : **10.302.0011.2.603** - Encargos com o PLANTE

Despesa : **3.3.90.91** - Sentenças Judiciais

Fonte : **759390** - Recursos Vinculados a Fundos-FUNDO DE ASSISTÊNCIA AO

Convênio : **0** - Sem Convênio

Banco: Agência: C/C:

Contrato : Ano : Parcela :

Licitação : **DS - Dispensa de Licitação** Ano Proc: **2024** Nº Proc: **2**

Especificação da Despesa

SubElemento : **55 - SENTENÇAS JUDICIAIS - MEDICAMENTOS**

Item : **1 - SENTENÇAS JUDICIAIS - MEDICAMENTOS**

Histórico : VALOR PARA PAGAMENTO DA COMPRA DE 04 (QUATRO) FRASCOS DO MEDICAMENTO ENTYVIO - PRINCIPIO ATIVO VEDOLIZUMABE, DANDO CONTINUIDADE AO TRATAMENTO DO BENEFICIARIO SR. MOACYR FERREIRA MOTTA JUNIOR, CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA E MANDADO

Valor : **R$ 50.000,00** Cinquenta Mil Reais********** ********** ********** **********

Demonstrativo de Saldos

Saldo Anterior do Empenho : R$ 50.000,00

Valor da Liquidação : R$ 50.000,00

Saldo Disponível do Empenho : R$ 0,00

Operação Anterior

Empenho Nº : 179/2024

Em Liquidação: Não

Programação da Liquidação

Condições de Pagamento : **À VISTA - TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA** Início da Vigência : 07/02/2024

Período de Realização : **07/02/2024 a 28/02/2024** Vencimento : **09/02/2024**

Retenções

Descrição	Valor em R$

Valor Bruto : 50.000,00

Total Devoluções : 0,00

Total Retenções : 0,00

Saldo da Parcela : 50.000,00

Cheque Nº:

Banco (SAF) : Pago em : No Valor Líquido de : 50.000,00

Declaro que foram prestados os serviços/entregues os materiais.

Data ____/____/_____

_____

Declaro que a Despesa foi liquidada de acordo com os Artigos 62 e 63 da Lei 4320/1964.

Data ____/____/_____

_____

Autorizo o Pagamento de acordo com o Artigo 64 da Lei 4320/1964

Data ____/____/_____

_____

Declaro que recebi a importância acima autorizada.

Data ____/____/_____

_____

_____

Documento assinado eletronicamente por **Jackelyne Francisca Docarmo Plácido**, **Chefe da Coordenação Financeira da Assistência à Saúde**, em 09/02/2024, às 09:32, com fundamento no Decreto nº 24.514/2023 - PMT.

Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Coelho Pereira**, **Diretor Financeiro do IPMT**, em 09/02/2024, às 13:59, com fundamento no Decreto nº 24.514/2023 - PMT.

Documento assinado eletronicamente por **Kennedy Glauber Carvalho Leite**, **Presidente do Instituto de Previdência dos Servidores do Município de Teresina**, em 09/02/2024, às 14:04, com fundamento no Decreto nº 24.514/2023 - PMT.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **https://sei.pmt.pi.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0** informando o código verificador **9045411** e o código CRC **7CBAB31F**.

Referência: Processo nº 00041.000725/2024-46 SEI nº 9045411