

**MUNICÍPIO DE SANTA BARBARA DOESTE**AV. MONTE CASTELO
CEP:

CNPJ: 46.422.408/0001-52

NOTA DE LIQUIDAÇÃO E PAGAMENTO02.00.00 - PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA BÁRBARA DOESTE
02.03.00 - SAÚDE
02.03.06 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA**REEMISSÃO**

| | | | | |
|--------------------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------------|------------|
| Liquidação | | | | |
| Usuário VERA LUCIA SANTOS MACHADO | Data Emissão 16/06/2020 | Número 12324 | Data Vencimento 16/06/2020 | Folha 1 |

| | | | | |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|--|--|
| Empenho | | | | |
| Exercício 2020 | Número 4562 | Data 29/05/2020 | Evento 001.001 - GERAL | |
| Licitação 7 - DISPENSA | Nro Licitação 344/2020 | Processo 255037/2020 | Pedido de Fornecimento / Contrato REC COVID | |

| | | | | | |
|---|--|----------------------------------|----------|---------|----------------|
| Credor | | | | | |
| Razão Social / Fornecedor 11517 - CIRURGICA FERNANDES COM DE MAT CIRURG E HOSP SC | | CNPJ / CPF 61.418.042/0001-31 | Banco | Agência | Conta Bancária |
| Endereço RUA AGOSTINHO DE AZEVEDO, 360 | | Cidade São Paulo - SP | Telefone | | |

| | | | | |
|---|----------------------------|---|--|--|
| Dotação | | | | |
| Natureza da Despesa 3.3.90.30.00 - Material De Consumo | | Classificação Funcional 10.302.0061.2.078 - URGENCIA EMERGENCIA | | |
| Vínculo 02.312.0000 - COVID-19 | Nro Reduzido 227 | Crédito 1 - ORCAMENTARIO | | |

| | | | | |
|------------------|------------------|------------------|-------------|--|
| Valores | | | | |
| Empenho | Saldo Anterior | Liquidação | Saldo Atual | |
| 17.010,00 | 17.010,00 | 17.010,00 | 0,00 | |

| |
|--|
| Histórico |
| Liquidação do Empenho Nro 4562. Rec. COVID |

| | | | | | | |
|----------------------|----------|-----------|----------|--------------|--------------|-----------|
| Notas Fiscais | | | | | | |
| Tip Doc | Pref Doc | Num Doc | Parc Ref | Data Emissão | Data Vencido | Valor |
| | 4 | 1.225.896 | 0 | 15/06/2020 | 16/06/2020 | 17.010,00 |

| |
|---------------------------------|
| Por Extenso |
| ***Dezessete Mil e Dez Reais*** |

| | |
|-------------------|---------------|
| Pagamento | |
| Data: ___/___/___ | Cheque: _____ |
| | Banco: _____ |
| | Conta: _____ |
| Assinatura: _____ | |
| Nome: _____ | |
| RG / CPF: _____ | |

Lucimeire Cristina Coelho da Rocha
Secretária Municipal de Saúde