

**MUNICIPIO 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
02.03.08 - GESTAO DEPESSOAL**REEMISSÃO**

| | | | | |
|------------------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------------|------------|
| Liquidação | | | | |
| Usuário Leticia Gabrieli Cabral | Data Emissão 08/10/2020 | Número 21317 | Data Vencimento 15/10/2020 | Folha 1 |

| | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|--|--|
| Empenho | | | | |
| Exercício 2020 | Número 8165 | Data 08/10/2020 | Evento 001.001 - GERAL | |
| Licitação 1 - DISPENSADA | Nro Licitação | Processo | Pedido de Fornecimento / Contrato REC COVID | |

| | | | | | |
|--|--|----------------------------------|--------------------------|-----------------|-------------------------|
| Credor | | | | | |
| Razão Social / Fornecedor 9449 - AUTO VIACAO OURO VERDE LTDA | | CNPJ / CPF 43.257.658/0001-96 | Banco 341 | Agência 0277 | Conta Bancária 38996 |
| Endereço RUA SAO VITO, 1675 | | Cidade Americana - SP | Telefone 19/3468 3868 | | |

| | | | |
|--|---|-----------------------------|--|
| Dotação | | | |
| Natureza da Despesa 3.3.90.39.00 - Outros Serviços De Terceiros - Pessoa Jurídica | Classificação Funcional 10.302.0038.2.049 - GESTAO DE PESSOAL | | |
| Vínculo 01.312.0000 - COVID-19 | Nro Reduzido 259 | Crédito 1 - ORCAMENTARIO | |

| | | | | |
|----------------|----------------|---------------|-------------|--|
| Valores | | | | |
| Empenho | Saldo Anterior | Liquidação | Saldo Atual | |
| 153,60 | 153,60 | 153,60 | 0,00 | |

| |
|-------------------------------|
| Histórico |
| UTILIZAÇÃO 08/10 A 07/11/2020 |

| |
|---|
| Notas Fiscais |
| Tip Doc Pref Doc Num Doc Parc Ref Data Emissão Data Vencido Valor |

| |
|--|
| Por Extenso |
| ***Cento e Cinquenta e Tres Reais e Sessenta Centavos*** |

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

Lucimeire Cristina Coelho da Rocha
Secretária Municipal de Saúde