

**MUNICÍPIO DE SANTA BARBARA DOESTE**

AV. MONTE CASTELO

CEP:

CNPJ: 46.422.408/0001-52

NOTA DE LIQUIDAÇÃO E PAGAMENTO

02.00.00 - PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA BÁRBARA DOESTE

02.03.00 - SAÚDE

02.03.06 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA

REEMISSÃO

| | | | | |
|---------------------------------|--------------|--------------|-----------------|-------|
| Liquidação | | | | |
| Usuário | Data Emissão | Número | Data Vencimento | Folha |
| FERNANDA MARIA DE FAVERI DA LUZ | 25/06/2021 | 14803 | 19/07/2021 | 1 |

| | | | | |
|----------------|---------------|-------------|-----------------------------------|--|
| Empenho | | | | |
| Exercício | Número | Data | Evento | |
| 2021 | 5923 | 14/06/2021 | 001.001 - GERAL | |
| Licitação | Nro Licitação | Processo | Pedido de Fornecimento / Contrato | |
| 7 - DISPENSA | 348/2021 | 378037/2021 | REC COVID | |

| | | | | | | |
|---|--|--------------------|--------------|---------|----------------|--|
| Credor | | | | | | |
| Razão Social / Fornecedor | | CNPJ / CPF | Banco | Agência | Conta Bancária | |
| 9580 - CRISTALIA PROD QUIMICOS FARMACEUTICOS LTDA | | 44.734.671/0001-51 | | | | |
| Endereço | | Cidade | Telefone | | | |
| ROD ITAPIRA LINDOIA, KM 14, SN | | Itapira - SP | 19/3863 9500 | | | |

| | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|------------------|--|
| Dotação | | | |
| Natureza da Despesa | Classificação Funcional | | |
| 3.3.90.30.00 - Material De Consumo | 10.302.0035.2.123 - CORONAVIRUS | | |
| Vínculo | Nro Reduzido | Crédito | |
| 01.312.0000 - COVID-19 | 225 | 1 - ORCAMENTARIO | |

| | | | | | |
|----------------|----------------|------------|-------------|--|--|
| Valores | | | | | |
| Empenho | Saldo Anterior | Liquidação | Saldo Atual | | |
| 41.850,00 | 35.350,00 | 7.350,00 | 28.000,00 | | |

| |
|--------------------------------|
| Histórico |
| Liquidação do Empenho Nro 5923 |
| Medicamentos |

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

| |
|--|
| Por Extenso |
| ***Sete Mil e Trezentos e Cinquenta Reais*** |

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

Lucimeire Cristina Coelho da Rocha
Secretária Municipal de Saúde