

**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 | | Data Emissão | Número | Data Vencimento | Folha |
| Usuário | BEATRIZ MARTINS MACIEL COELHO | 09/03/2021 | 5312 | 19/03/2021 | 1 |

| | | | |
|----------------|----------------|-------------------|-----------------------------------|
| Empenho | | Data | Evento |
| Exercício | 2892 | 09/03/2021 | 001.001 - GERAL |
| Licitação | 1 - DISPENSADA | Nro Licitação | Processo |
| | | | Pedido de Fornecimento / Contrato |
| | | | REC COVID |

| | | | | | |
|---------------------------|--|--------------------|-------------------|----------------|-----------------------|
| Credor | | CNPJ / CPF | Banco | Agência | Conta Bancária |
| Razão Social / Fornecedor | 10853 - SANTA CASA MISERICORDIA DE SBO - HOSP STA BARBAI | 56.725.385/0001-09 | | | |
| Endereço | RUA JOAO LINO, 914 | Cidade | STA B DOESTE - SP | Telefone | 194632855 |

| | | |
|---------------------|---|---------------------------------|
| Dotação | | Classificação Funcional |
| Natureza da Despesa | 3.3.90.39.00 - Outros Serviços De Terceiros - Pessoa Jurídica | 10.302.0035.2.123 - CORONAVIRUS |
| Vínculo | 01.312.0000 - COVID-19 | Nro Reduzido Crédito |
| | | 226 1 - ORCAMENTARIO |

| | | | | |
|----------------|----------------|-----------------------|-------------------|--------------------|
| Valores | Empenho | Saldo Anterior | Liquidação | Saldo Atual |
| | 28.800,00 | 28.800,00 | 28.800,00 | 0,00 |

| |
|--|
| Histórico |
| OP SAUDE 353/2021- DIARIAS DE UTI- ADITAMENTO CONTRATO 03/2020 COMP. FEVEREIRO/21 |

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

| |
|---|
| Por Extenso |
| ***Vinte e Oito Mil e Oitocentos Reais*** |

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

Lucimeire Cristina Coelho da Rocha
Secretária Municipal de Saúde