

**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 | | Data Emissão | Número | Data Vencimento | Folha |
| Usuário BEATRIZ MARTINS MACIEL COELHO | | 16/03/2021 | 5992 | 19/03/2021 | 1 |

| | | | |
|------------------|----------------------|-----------------|--|
| Empenho | | Evento | |
| Exercício | Número | Data | Evento |
| 2021 | 2969 | 16/03/2021 | 001.001 - GERAL |
| Licitação | Nro Licitação | Processo | Pedido de Fornecimento / Contrato |
| 1 - DISPENSADA | | | 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 | Cidade | Telefone | | | |
| RUA JOAO LINO, 914 | STA B DOESTE - SP | 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 | Nro Reduzido | Crédito | |
| 01.312.0000 - COVID-19 | 226 | 1 - ORCAMENTARIO | |

| | | | |
|----------------|-----------------------|-------------------|--------------------|
| Valores | Saldo Anterior | Liquidação | Saldo Atual |
| Empenho | 8.000,00 | 8.000,00 | 0,00 |

| |
|--|
| Histórico |
| OP SAUDE 413/2021- LOCAÇÃO IMOVEL ESPAÇO COVID-19 LEI 4170/2020- ADITAMENTO 03/2020 MARÇO/2021 |

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

| |
|----------------------|
| Por Extenso |
| ***Oito Mil Reais*** |

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

Lucimeire Cristina Coelho da Rocha
Secretária Municipal de Saúde