

**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**

|  |  |                     |               |                        |              |
|--|--|---------------------|---------------|------------------------|--------------|
| <b>Liquidação</b>                        |  | <b>Data Emissão</b> | <b>Número</b> | <b>Data Vencimento</b> | <b>Folha</b> |
| Usuário<br>BEATRIZ MARTINS MACIEL COELHO |  | 19/03/2021          | <b>6311</b>   | 14/04/2021             | 1            |

|                  |                      |                 |  |
|------------------|----------------------|-----------------|--|
| <b>Empenho</b>   |                      | <b>Evento</b>   |  |
| <b>Exercício</b> | <b>Número</b>        | <b>Data</b>     | <b>Evento</b>                            |
| 2021             | 2838                 | 08/03/2021      | 001.001 - GERAL                          |
| <b>Licitação</b> | <b>Nro Licitação</b> | <b>Processo</b> | <b>Pedido de Fornecimento / Contrato</b> |
| 7 - DISPENSA     | 117/2021             | 13737/2021      | REC COVID                                |

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

|                                    |                                 |                                |  |
|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--|
| <b>Dotação</b>                     |                                 | <b>Classificação Funcional</b> |  |
| <b>Natureza da Despesa</b>         | <b>Classificação Funcional</b>  |                                |  |
| 3.3.90.30.00 - Material De Consumo | 10.302.0035.2.123 - CORONAVIRUS |                                |  |
| <b>Vínculo</b>                     | <b>Nro Reduzido</b>             | <b>Crédito</b>                 |  |
| 02.312.0000 - COVID-19             | 225                             | 1 - ORCAMENTARIO               |  |

|                |                       |                   |                    |
|----------------|-----------------------|-------------------|--------------------|
| <b>Valores</b> | <b>Saldo Anterior</b> | <b>Liquidação</b> | <b>Saldo Atual</b> |
| Empenho        | 36.300,00             | 36.300,00         | 20.500,00          |
|                |                       |                   | 15.800,00          |

|  |
|--|
| <b>Histórico</b>                               |
| Liquidação do Empenho Nro 2838<br>Medicamentos |

|                      |                 |                |                 |                     |                     |              |
|----------------------|-----------------|----------------|-----------------|---------------------|---------------------|--------------|
| <b>Notas Fiscais</b> |                 |                |                 |                     |                     |              |
| <b>Tip Doc</b>       | <b>Pref Doc</b> | <b>Num Doc</b> | <b>Parc Ref</b> | <b>Data Emissão</b> | <b>Data Vencido</b> | <b>Valor</b> |
|                      | 10              | 2.900.487      | 0               | 15/03/2021          | 14/04/2021          | 20.500,00    |

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>Por Extenso</b>                 |
| ***Vinte Mil e Quinhentos Reais*** |

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

Lucimeire Cristina Coelho da Rocha  
Secretária Municipal de Saúde