

**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           | FERNANDA MARIA DE FAVERI DA LUZ | 18/01/2021          | <b>870</b>    | 18/01/2021             | 1            |

|                  |                      |                 |  |
|------------------|----------------------|-----------------|--|
| <b>Empenho</b>   |                      | <b>Data</b>     | <b>Evento</b>                            |
| Exercício        | Número               | 18/01/2021      | 001.001 - GERAL                          |
| 2021             | 960                  |                 |  |
| <b>Licitação</b> | <b>Nro Licitação</b> | <b>Processo</b> | <b>Pedido de Fornecimento / Contrato</b> |
| 1 - DISPENSADA   |                      |                 |  |

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

|   |                     |                                 |
|---|---------------------|---------------------------------|
| <b>Dotação</b>  |                     | <b>Classificação Funcional</b>  |
| Natureza da Despesa   |                     | 10.302.0035.2.123 - CORONAVIRUS |
| 3.3.90.39.00 - Outros Serviços De Terceiros - Pessoa Jurídica |                     |                                 |
| <b>Vínculo</b>  | <b>Nro Reduzido</b> | <b>Crédito</b>                  |
| 05.312.0000 - COVID-19  | 226                 | 1 - ORCAMENTARIO                |

|                |                       |                   |                    |
|----------------|-----------------------|-------------------|--------------------|
| <b>Valores</b> | <b>Saldo Anterior</b> | <b>Liquidação</b> | <b>Saldo Atual</b> |
| Empenho        | 765.000,00            | 765.000,00        | 0,00               |

|   |
|---|
| <b>Histórico</b>  |
| OP SAUDE 55/2021 - PGTO DE DIARIAS DE 20 LEITOS DE UTI DO MES DE JANEIRO/2021, ADITAMENTO DE CONTRATO 03/2020 |

|                      |                 |                |                 |                     |                     |              |
|----------------------|-----------------|----------------|-----------------|---------------------|---------------------|--------------|
| <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> |
| RE                   |                 | 55             | 0               | 18/01/2021          | 18/01/2021          | 765.000,00   |

|   |
|---|
| <b>Por Extenso</b>                            |
| ***Setecentos e Sessenta e Cinco Mil Reais*** |

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

Lucimeire Cristina Coelho da Rocha  
Secretária Municipal de Saúde