

**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>				
Usuário BEATRIZ MARTINS MACIEL COELHO	Data Emissão 19/04/2021	Número <b>8730</b>	Data Vencimento 26/04/2021	Folha 1

<b>Empenho</b>				
Exercício <b>2021</b>	Número <b>4130</b>	Data <b>19/04/2021</b>	Evento 001.001 - GERAL	
Licitação 1 - DISPENSADA	Nro Licitação	Processo	Pedido de Fornecimento / Contrato REC COVID	

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

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

<b>Valores</b>				
Empenho <b>720.000,00</b>	Saldo Anterior <b>720.000,00</b>	Liquidação <b>720.000,00</b>	Saldo Atual <b>0,00</b>	

<b>Histórico</b>
OP 581/2021- LEITOS UTI COVID

<b>Notas Fiscais</b>						
Tip Doc	Pref Doc	Num Doc	Parc Ref	Data Emissão	Data Vencido	Valor

<b>Por Extenso</b>
***Setecentos e Vinte Mil Reais***

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

Lucimeire Cristina Coelho da Rocha  
Secretária Municipal de Saúde