

NOTA DE EMPENHO

Recurso: **4500 ATENÇÃO BÁSICA**Nº Empenho: **003023/2020**Espécie: **Ordinario**Data Emissão: **22/05/2020**Órgão: **8 - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**Vencimento: **21/06/2020**Unidade Orçamentária: **5 - FUNDO MUNICIPAL DA SAÚDE-REC.UNIÃO**Projeto/Atividade: **MANUT DE UNI DE SAÚDE-INCREMENTO TEMP PAB-REC UNIA**Despesa: **3072 08.005.10.301.0037.1.147.000.333903205000000 Mercadorias P/ Doacao**Credor: **11.318.264/0001-04 (5180) WEL DISTRIBUIDORA MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAUDE LTDA**Endereço: **ARTHUR BERNARDES, 601 SALA 101**Cidade: **LAJEADO**Telefone: **(51)3011-4141 () / Fax: () - ()**Dados Bancários: **Banco do Brasil S.A. / Ag.: 01392 / CC: 52705x**Dotação Inicial: **-**Valor do Empenho: **3.425,00**Saldo Anterior: **87.118,48**Saldo Atual: **83.693,48**

Item	Quantidade	Unidade	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
1	25,0000	UNIDADE	Teste De Imunocromatografia (imunológico Para Detecção Da Covid-19), em amostras de soro, plasma e sangue - Anti COVID-19 IgG/IgM - teste rápido	137,0000	3.425,00
Obs.: Emenda Parlamentar 360002905892					

Contrato: **Valor do Empenho: 3.425,00**

Importa o presente empenho o valor de: três mil e quatrocentos e vinte e cinco reais

Licitação: **7 - Dispensa por Pequeno Valor**

Nº:

Processo: **1257**Autorização: **2020001228**

Data Convênio:

Emitido: _____ Conferido: _____ Autorizo: _____

Servidor Responsável Contabilidade Ordenador da Despesa

Despesa Liquidada

Em: ____/____/____

Ordem de Pagamento

Pague-se ao favorecido o valor especificado, proveniente desta nota de empenho.

Recebi da MUNICÍPIO DE MATO LEITÃO o valor total da presente nota de empenho pelo que damos plena, geral e irrevogável "quitação".

Em: ____/____/____

Tesouraria

Banco: _____

Cheque Nº: _____

Conta: _____

Nome: _____

Nº Docto: _____

Tesoureiro_____
Ass. Autorizada