

NOTA DE EMPENHO

Recurso: **4500 ATENÇÃO BÁSICA**Nº Empenho: **004060/2020**

Espécie: Ordinário

Data Emissão: **17/07/2020**

Órgão: 8 - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Vencimento: **16/08/2020**

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: **32.325.628/0001-53 (9393) CENTRAL LAB DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS PARA SAUDE LTDA**

Endereço: ANTONIO LUIZ MEDEIROS, 30

Cidade: SÃO JOSÉ

Telefone: (51)98423-9711

Dados Bancários:

Dotação Inicial: -

Valor do Empenho: **2.125,00**

Saldo Anterior: 71.692,54

Saldo Atual: **69.567,54**

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	85,0000	2.125,00
Obs.: Emenda Parlamentar 360002905892					

Contrato:

Valor do Empenho: **2.125,00**

Importa o presente empenho o valor de: dois mil e cento e vinte e cinco reais

Licitação: 7 - Dispensa por Pequeno Valor

Nº:

Processo: 1668

Autorização: 2020001631

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