

## NOTA DE EMPENHO

Recurso: **4500 ATENÇÃO BÁSICA**Nº Empenho: **004546/2020**Espécie: **Ordinario**Data Emissão: **17/08/2020**Órgão: **8 - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**Vencimento: **16/09/2020**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: **04.737.413/0001-04 (9376) CICLO MED DO BRASIL LTDA**Endereço: **COLOMBO, 100**Cidade: **CURITIBA**Telefone: **(11)3170-0200**Dados Bancários: **Banco Itau S.A. / Ag.: 7633 / CC: 119404**Dotação Inicial: **-**Valor do Empenho: **3.300,00**Saldo Anterior: **66.463,74**Saldo Atual: **63.163,74**

Item	Quantidade	Unidade	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
1	60,0000	UNIDADE	Teste De Imunocromatografia (imunológico Para Detecção Da Covid-19), em amostras de soro, plasma e sangue - Anti COVID-19 IgG/IgM - teste rápido	55,0000	3.300,00
Obs.: Emenda Parlamentar 360003119412					

Contrato: **Valor do Empenho: 3.300,00**

Importa o presente empenho o valor de: três mil e trezentos reais

Licitação: **5 - Pregão Eletrônico**Nº: **000003/2020**Processo: **1856**Autorização: **2020001812**

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