

NOTA DE EMPENHO

Recurso: **4511 CORONAVIRUS**Nº Empenho: **005538/2020**Espécie: **Ordinario**Data Emissão: **07/10/2020**Órgão: **8 - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**Vencimento: **06/11/2020**Unidade Orçamentária: **5 - FUNDO MUNICIPAL DA SAÚDE-REC.UNIÃO**Projeto/Atividade: **PSE - PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA - REC. UNIÃO**Despesa: **3197 08.005.10.301.0037.1.155.000.333903028000000 Material De Protecao E Seguranca**Credor: **14.465.175/0001-89 (5854) DROGARIA PILZ LTDA**Endereço: **RUA LEOPOLDO ALOISIUS HINTERHOLZ, 785 SALA 02**Cidade: **MATO LEITAO**Telefone: **(51)3784-1001 () / Fax: () - ()**Dados Bancários: **SICREDI / Ag.: 0179 / CC: 61.570-6**Dotação Inicial: **-**Valor do Empenho: **137,70**Saldo Anterior: **1.470,55**Saldo Atual: **1.332,85**

| Item | Quantidade | Unidade | Especificação | Valor Unitário | Valor Total |
|---------------------------------------|------------|---------|---|----------------|-------------|
| 1 | 3,0000 | CAIXA | Máscara Descartável C/elástico, Caixa Com 50 Unidades | 45,9000 | 137,70 |
| Obs.: Destinado às escolas municipais | | | | | |

Contrato: _____ Valor do Empenho: **137,70**

Importa o presente empenho o valor de: cento e trinta e sete reais e setenta centavos

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

Nº:

Processo: **2287**Autorização: **2020002227**

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