

## NOTA DE EMPENHO

Recurso: **4511 CORONAVIRUS**Nº Empenho: **002424/2020**Espécie: **Ordinario**Data Emissão: **20/04/2020**Órgão: **8 - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**Vencimento: **20/05/2020**Unidade Orçamentária: **5 - FUNDO MUNICIPAL DA SAÚDE-REC.UNIÃO**Projeto/Atividade: **COMBATE AO CORONAVIRUS**Despesa: **3064 08.005.10.301.0037.1.161.000.333903028000000 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: **540,00**Saldo Anterior: **2.000,00**Saldo Atual: **1.460,00**

Item	Quantidade	Unidade	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
1	180,0000	UNIDADE	Máscara Cirúrgica Descartável - "Despesa referente à Portaria GM/MS nº 480/2020 e Resolução CIB nº 073/2020, do Coronavírus"	3,0000	540,00

Contrato: **Valor do Empenho: 540,00**

Importa o presente empenho o valor de: quinhentos e quarenta reais

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

Nº:

Processo: **983**Autorização: **2020000968**

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