



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

11.393.440/0001-72

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

701007/1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO Nº **701007/1** FICHA: **601** DATA: **01/07/2021** REQUISIÇÃO Nº:

OR OR - Ordinário AD - Adiantamento
ES - Estimativo EX - Extra-Orçamentário
GL - Global RD - Reserva de Dotação MODALIDADE: **OUTRO NÃO APLICÁVEL** CARTA CONVITE: _____ PROCESSO Nº _____

NOME: **3506 DAMIÃO NERE DELMONDES** CPF / CNPJ **24.140.006/0001-22** Agência: **2737-5** Conta nº **7.175-7**
 ENDEREÇO: **AVENIDA CENTRAL NORTE** BAIRRO: **TRINDADE** PE

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
09	ENTIDADES SUPERVISIONADAS
02	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
10.122.0014.2089.0000	MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
3.3.90.30.04	MATERIAL DE CONSUMO
00	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

DOTAÇÃO	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA EMPENHO	SALDO ATUAL
20.396,00	22.396,00	20.396,00	2.000,00

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO

VALOR QUE SE EMPENHA REFERE-SE A AQUISIÇÃO DE OXIGENIO MEDICINAL PARA USO EM PACIENTES INTERNOS NO HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VENERIE UPÁ 24HS. CONFORME CONTRATO Nº 007/2021, PROC. ADM. 002/2021, PREGÃO ELET. 002/2021, ATA DE REG. 005/2021. MES 06/2021.

VALOR TOTAL

Código de Aplicação (Vínculo): 310 SAÚDE-GERAL	000 SAÚDE-GERAL	VALOR EMPENHADO	VALOR LIQUIDADO	20.396,00
Fonte STN: 1.211.0000 Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Saúde				
Fonte de Recursos: 12110000 Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Saúde				

AUTORIZAÇÃO	CONTABILIZAÇÃO	ATESTO EMITIDO POR
_____	_____	_____

LIQUIDAÇÃO / PAGUE-SE
 DECLARO QUE A DESPESA RELATIVA A NOTA DE SUBEMPENHO SUPRA ESTÁ LIQUIDADA
PAGUE-SE

Liquidação Valor R\$ **20.396,00**

Pague-se a quantia de R\$ **20.396,00**
 vinte mil, trezentos e noventa e seis reais *****

ORDEM DE PAGAMENTO Nº _____

BANCO	CONTA	CHEQUE	VALOR

FONTE DE RECURSO: _____

RECIBO
 RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA SUBEMPENHO,

Credor: **DAMIÃO NERE DELMONDES**
 CPF/CNPJ nº 24.140.006/0001-22