



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ nº 11.393.440/0001-72

NOTA DE EMPENHO

413005

NOTA DE EMPENHO Nº **413005** FICHA: **601** DATA: **13/04/2021** REQUISIÇÃO Nº:

OR OR - Ordinário AD - Adiantamento
ES - Estimativo EX - Extra-Orçamentário MODALIDADE: **PREGÃO ELETRÔNICO** CARTA CONVITE Nº **0009/21** PROCESSO Nº **000013/21**
GL - Global RD - Reserva de Dotação

NOME: **9210 W2 COM.IMP.E EXPORTAÇÃO DE MEDICAMENTOS LTDA-EPP** CPF / CNPJ **19.079.667/0001-50** Agência: Conta nº
 ENDEREÇO: **RUA MARECHAL BITTENCOURT** BAIRRO: **FORTALEZA** CE

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
3.3.90.30.09	MATERIAL DE CONSUMO
00	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

DOTAÇÃO	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA EMPENHO	SALDO ATUAL
300.000,00	836.876,64	33.935,95	669.187,41

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO	VALOR TOTAL
VALOR QUE SE EMPENHA REFERE-SE AO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS DESTINADOS AO HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VENERI, DESTE MUNICIPIO.CONFORME PREGAO ELETRONICO 09/2021 / PRCESSO ADMINISTRATIVO 013/2021 / ATA DE REGISTRO DE PREÇO 04/2021.	

Código de Aplicação (Vínculo)	Fonte de Recurso STN	VALOR EMPENHADO
310 SAÚDE-GERAL 000 SAÚDE-GERAL	1.211.0000 Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - S. Fonte de Recurso TCE: 12110000	33.935,95

<u>AUTORIZAÇÃO</u>	<u>CONTABILIZAÇÃO</u>	<u>ATESTO</u> EMITIDO POR
_____	_____	_____

LIQUIDAÇÃO / PAGUE-SE
 DECLARO QUE A DESPESA RELATIVO A NOTA DE EMPENHO SUPRA ESTÁ LIQUIDADADA
PAGUE-SE

Empenho Valor R\$ **33.935,95**

Pague-se a quantia de R\$ 33.935,95
 trinta e três mil, novecentos e trinta e cinco reais e noventa e cinco centavos *****

ORDEM DE PAGAMENTO Nº _____

BANCO	CONTA	CHEQUE	VALOR

RECIBO
 RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA EMPENHO,
 EM ____/____/____.

Credor: **W2 COM.IMP.E EXPORTAÇÃO DE MEDICAMENTOS LTDA-EPP**
 CPF/CNPJ nº **19.079.667/0001-50**