



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ nº 11.393.440/0001-72

NOTA DE EMPENHO

119001

NOTA DE EMPENHO Nº **119001** FICHA: **658** DATA: 19/01/2021 REQUISIÇÃO Nº:

OR - Ordinário AD - Adiantamento
 ES - Estimativo EX - Extra-Orçamentário
 GL - Global RD - Reserva de Dotação

MODALIDADE: **DISPENSA** CARTA CONVITE Nº PROCESSO Nº

NOME: **8830 MEDMAX COMERCIO HOSPITALAR LTDA** CPF / CNPJ **22.310.737/0001-43** Agência: Conta nº

ENDEREÇO: **RUA TUPI** BAIRRO: **FORTALEZA** CE

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
09	ENTIDADES SUPERVISIONADAS
02	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
10.301.0017.2094.0000	MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DAS USF'S
3.3.90.30.36	MATERIAL DE CONSUMO
00	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

DOTAÇÃO	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA EMPENHO	SALDO ATUAL
84.000,00	0,00	15.975,00	68.025,00

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO	VALOR TOTAL
VALOR QUE SE EMPENHA REFERE-SE AO PAGAMENTO DE MATERIAS HOSPITALAR PARA CONSUMO NO HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VENERI	

Código de Aplicação (Vínculo) 300 SAÚDE 000 SAÚDE	Fonte de Recurso STN 1.214.0000 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS prov. Fonte de Recurso TCE: 12140000	VALOR EMPENHADO	15.975,00
---	--	------------------------	------------------

<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\$ **15.975,00**

Pague-se a quantia de R\$ 15.975,00
 quinze mil, novecentos e setenta e cinco reais *****

ORDEM DE PAGAMENTO Nº _____

BANCO	CONTA	CHEQUE	VALOR

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

Credor: **MEDMAX COMERCIO HOSPITALAR LTDA**
 CPF/CNPJ nº 22.310.737/0001-43