



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ nº 11.393.440/0001-72

NOTA DE EMPENHO

324001

NOTA DE EMPENHO Nº 324001	FICHA: 601	DATA: 24/03/2021	REQUISIÇÃO Nº:
----------------------------------	-------------------	-------------------------	----------------

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

NOME: **9377 HIMED COMERCIO E RP DE PROD HOSPITALARES** CPF / CNPJ **21.508.681/0001-73** Agência: Conta nº

ENDEREÇO: **RUA PROFESSOR GOMES DE MATOS** 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
3.3.90.30.52	MATERIAL DE CONSUMO
00	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

DOTAÇÃO	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTE EMPENHO	SALDO ATUAL
300.000,00	708.080,24	16.852,50	815.067,26

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO	VALOR TOTAL
VALOR QUE SE EMPENHA SE REFERE A AQUISIÇÃO DE MATERIAIS HOSPITALARES DIVERSOS PARA ABASTECIMENTO DO HOSPITAL MARIA MUNICIPAL MARIA VENARI E A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA 24HS.	

Código de Aplicação (Vínculo) 310 SAÚDE-GERAL 000 SAÚDE-GERAL	Fonte de Recurso STN 1.211.0000 Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - S. Fonte de Recurso TCE: 12110000	VALOR EMPENHADO	16.852,50
---	---	------------------------	------------------

AUTORIZAÇÃO	CONTABILIZAÇÃO	ATESTO
		EMITIDO POR

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

Empenho Valor R\$ **16.852,50**

Pague-se a quantia de R\$ 16.852,50
dezesesse mil, oitocentos e cinquenta e dois reais e cinquenta centavos *

ORDEM DE PAGAMENTO Nº _____

BANCO	CONTA	CHEQUE	VALOR

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

Credor: **HIMED COMERCIO E RP DE PROD HOSPITALARES**
CPF/CNPJ nº 21.508.681/0001-73