

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTAO JESSICA CARISE LUZ DA SILVA AV JULIO DE MAILHOS 350 CNPJ-MF: 92 451 152/0001 29 TEL.:	99.190.000	NOTA DE EMPENHO N. 2.438/4 PROCESSO DE DISPENSA POR PE EMPENHO REGULAR
---	------------	--

CREDOR.: CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE ENDERECO: RUA OLIVEIRA LIMA 350 CODIGO...: 982/2	CNPJ-MF: 01 987 787/0001 90 CIDADE: NONOAI TELEFONE:	RS 99.600.000
---	--	---------------

REQUISICAO 0055870	PROCES.:	LICITACAO: /0000	PROCESSO DE DISPE
--------------------	----------	------------------	-------------------

ORGAO: 08 SECRETARIA DA SAUDE PROJETO/ATIVIDADE: 0801 10 301 0047 2047 MANUT.ATIVIDADES DE SAUDE MUNICIPIO NATUREZA DESPESA: 3390 30 36 00 00 00 MATERIAL HOSPITALAR RECURSO: 40 ASPS	CpRV: 21031/5 Com.ReV: 3160
--	-----------------------------------

Quantid.	Un.	Especificacao Produto ou Servico	Preco Unitario	Valor Total
1,000	UND	TESTE COVID 19 FINALIDADE: ACOES DE SAUDE PARA ENFRENTAMENTO DO COVID 19	1.980,0000	1.980,00
<=>				
<=>				
<=>				
<=>				
<=>				
<=>				
<=>				
<=>				
<=>				
<=>				
<=>				
<=>				
<=>				

Car.Pec.: 000	Desconto: 0,00	TOTAL =>	1.980,00
---------------	----------------	----------	----------

DESDOBRAMENTO: CLASSIFICACAO: COMPR/CONVEN.:	BASE LEGAL: 1-Lei 8.666/93 DESP.FUNC.: X-NSA (Nao se aplica)
--	---

DATA 12/05/2020	SALDO ANTERIOR 235.633,27	VALOR DO EMPENHO 1.980,00	SALDO DA VERBA 233.653,27
--------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

Declaro que recebi e conferi os mat./serv Em ____/____/____	Resp. da Contabil. Em ____/____/____	R E C I B O Recebi do MUNICIPIO SUPRA CITADO o valor deste empenho, pelo que dou plena e irrevogavel quitacao. Em ____/____/____
RESP. LIQUIDACAO	VALDIRENO ANESI	
ORDENADOR DESPESA ____/____/____	Atesto o pagamento deste documento ____/____/____	ASSINATURA Doc: Banco: _____ N. cheque: _____ N. conta: _____
NELSON JOSE GRASELLI		