

Município de Santa Tereza

AV ITALIA,474

1ª Via

91.987.719/0001-13

95715-000 - RS

002700/2020

Ordinario

Recurso: 3160 COVID-19

Órgão
6 - SEC.MUNIC.SAUDE,TRABALHO E ACAO SOCIAL

Unidade Orçamentária
2 - MANUTENCAO CONVENIOS UNIAO

Dotação
06.002.10.301.0039.1.061.000.333903205000000 Mercadorias P/ Doacao

Nº Conta

2313

Projeto/Atividade: MANUTENCAO DO PROGRAMA COVIDE - 19

Credor : 02.483.387/0001-00 (1243) MEDICINALLES FARMACIA MANIPULACAO LTDA

Endereço: CANDIDO COSTA, 65

Cidade: BENTO GONCALVES

Telefone: (54)4523-339 () / Fax: () - ()

Dados Bancários:

Licitação 19 - Não se Aplica	Número	Contrato	Proc. Compra 0	Emissão 04/09/2020	Vencimento 04/10/2020
---------------------------------	--------	----------	-------------------	-----------------------	--------------------------

Valor Orçado -	Saldo Anterior 20.000,00	Valor do Empenho 750,00	Saldo Atual 19.250,00
-------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------

Item	Quantidade	Unidade	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
1	180,00	CPS	HIDROXICLOROQUINA 400MG - POSTO DE SAUDE	4,1667	750,00

Local de Entrega: Valor do Empenho: 750,00

Autorizo Em: <u>22/09/2020</u> Ordenador da Despesa	Empenhado Em: <u>04/09/2020</u> Visto	Despesa Liquida <input checked="" type="checkbox"/> Despesa Anulada <input type="checkbox"/> Atesto para os devidos fins de liquidação que o empenho está correto e despesa em condições de ser paga. Em: <u>21/09/2020</u> Assinatura	Tesouraria Documento Nº: _____ Cheque Nº: <u>TRASF. ch 200</u> Data Pgto: <u>22/09/2020</u> Banco: <u>BRASIL</u> Conta: <u>85.723-8</u> Valor: <u>750,00</u> Tesoureiro
--	--	--	---

Ordem de Pagamento

Pague-se ao favorecido o valor especificado, proveniente desta nota de empenho.

Em: ___/___/___

Secretário da Fazenda

Conferido pela Contabilidade

Recebi da Município de Santa Tereza o valor total da presente nota de empenho pelo que damos plena, geral e irrevogável "quitação".

Em: ___/___/___

Nome: _____

Nº Docto: _____