

Município de Santa Tereza

AV ITALIA,474

1ª Via

91.987.719/0001-13
95715-000 - RS

002926/2020

Ordinario

Recurso: 3160 COVID-19

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

Unidade Orçamentária
2 - MANUTENCAO CONVENIOS UNIAO

Dotação
06.002.10.301.0039.1.061.000.333903036000000 Material Hospitalar

Nº Conta

Projeto/Atividade: MANUTENCAO DO PROGRAMA COVIDE - 19

2312

Credor : 95.198.495/0001-11 (840) MEDICAL CENTER COMERCIO ARTIGOS ORTOPEDICOS LTDA

Endereço: GENERAL OSÓRIO, 329

Cidade: BENTO GONCALVES

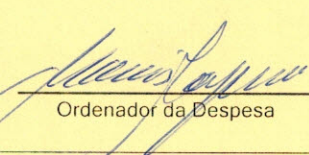


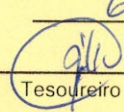
Telefone: (54)3451-4068 / Fax: () - ()

Dados Bancários:

Licitação 19 - Não se Aplica	Número	Contrato	Proc. Compra 0	Emissão 29/09/2020	Vencimento 29/10/2020
Valor Orçado -	Saldo Anterior 67.850,00	Valor do Empenho 629,00	Saldo Atual 67.221,00		

Item	Quantidade	Unidade	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
1	2,00	UN	OXIMETRO PREMIUM DMD 300C1 CHOISE	190,0000	380,00
2	1,00	UN	OXIMETRO PREMIUM DMD 300C1 CHOISE - POSTO DE SAUDE	249,0000	249,00

Local de Entrega: Valor do Empenho: 629,00

Autorizo Em: <u>27/10/2020</u>  _____ Ordenador da Despesa	Empenhado Em: <u>29/09/2020</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>29/09/2020</u>  _____ Assinatura	Tesouraria Documento Nº: _____ Cheque Nº: <u>PCTO TIT.</u> Data Pgto: <u>27/10/2020</u> Banco: <u>BRASIL</u> Conta: <u>85.723-8</u> Valor: <u>629,00</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: