PREFEITURA DE SÃO SIMÃO / SP
NOTA DE EMPENHO

Departamento Administrativo e Financeiro

C.N.P.J 45.369.220/0001-25 I.E 656.067.870.119

Data Emissão : 31/08/2020
Data Vcto : 31/08/2020
Nº do empenho : **4264/20**
Tipo : Ordinário
Processo: Licit :
Autorização de Fornecimento :
Contrato.:

Órgão: 09 - DEPARTAMENTO DE SAÚDE.
Unidade: 09.01 - Fundo Municipal de Saúde.
Funcional: 10.301.1008 - Saúde para Todos
Projeto/Atividade: 2.008 - MANUTENÇÃO DO CS E DAS UBS E UPAS
Elemento: 33903900000000 Outros Servicos De Terceiros - Pessoa J - Outros Servicos De Terceiros - Pessoa Juridica
Cód. Detalham.: 0 - Sem detalhamento das destinações de recursos
Código reduzido: **000487**
Tipo de despesa : **960** - CONVENIO: SANTA CASA

Dotação Inicial:	0,00	Empenhos anteriores :	280.000,00
Suplementações:	480.000,00	Valor do empenho :	**100.000,00**
Anulações:	0,00	Valor Anulado:	0,00
Total (A) :	480.000,00	Total (B) :	380.000,00
		Saldo (A - B) :	100.000,00

Credor: **108** **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO SIMAO**
Endereço: RUA BANDEIRA VILELA, No. 185 Cidade: SÃO SIMÃO UF: SP
C.N.P.J.: 71-071-666/0001-89 Inscr.Est./Ident.Prof.: Fone: 16 3984 1113
Banco: Agência: Conta Corrente:

Histórico : 1

PELA DESPESA EMPENHADA, ADEQUAÇÃO, REESTRUTURA E CONSERVAÇÃO DA AREA DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS DO SERVIÇOS DE SAÚDE, CONFORME PLANO DE TRABALHO APROVADO PELO CMS - EMENDA 15270021 - CARLOS SAMPAIO - CONVÊNIO Nº. 592/2020

Fonte de recursos : **0599 - 05.310.0599 - EMENDAS PARLAMENTARES** Total geral : 100.000,00
Modal. Licitação ....: Outras Modalidades/Não Aplicável Número : Data :
Fundamento legal.. : Data :

Fica empenhada a importância de R$ 100.000,00 (cem mil reais).

Data : 31/08/2020

Contadoria

O ATESTAMENTO DO RECEBIMENTO DA(s) MERCADORIA(s) E OU SERVIÇO(s) ENCONTRA-SE NO VERSO DO DOCUMENTO FISCAL ANEXADO A ESTE EMPENHO

Pague-se Data 09 SET. 2020

Prefeito

Pagadoria Data: 09 SET. 2020

Diretor Deptº Administrativo e Financeiro

CREDOR Declaramos para os devidos fins que recebemos a importância a que se refere a presente Nota de Empenho.

Nome do Credor : CPF / RG

09 SET. 2020

Assinatura ..... : Data..... : ___/___/___

COPIA DE CHEQUE

☐ DÉBITO EM CONTA CORRENTE

☐ PAGAMENTO C/ CAIXA

Autenticação Mecânica

PMSS P2 Cx:826 09/09/20100.000,00 OP4472 N00180