



Prefeitura do Município de Guariba

Av. Evaristo Vaz, 1190
CEP: 14.840-000
CNPJ: 48.664.304/0001-80

NOTA DE EMPENHO

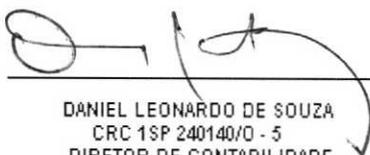
PROGRAMA: ATENÇÃO ESPECIALIZADA		N.EMPENHO/TIPO 2024/002717 000Global		RECURSO Especial	
ÓRGÃO 02 PODER EXECUTIVO		UNIDADE EXECUTORA 01 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE			
DOTAÇÃO 10.302.039.2.073 33903950 SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR, ODONTOLÓGICO 2124		N.CONTA 2123			
CREDOR 69498 IRMANDADE STA CASA DE MISERICORDIA DE GU					
ENDERECO RUA NELLO PETRINI 1740 JD. BOA VISTA		FONE 3251-1211		CIDADE GUARIBA	
LICITAÇÃO Inexigibilidade		NÚMERO 47	SOLICITAÇÃO	PROC.COMPRÁ	EMISSÃO 49001.04.24
VENCIMENTO 31.12.24					
FONTE 5		COD. APL 3700000		DESC. APL GRUPO DA ASSISTÊNCIA FINA	VALOR EMPENHO 69.184,62

ITEM	QNT.	UN.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR TOTAL	RETENÇÕES
			DESCRITIVO (PLANO DE TRABALHO), QUE É PARTE INTEGRANTE DESTE DOCUMENTO (RECURSO FEDERAL). EXECUÇÃO DE SERVIÇOS DE CUSTEIO DAS AÇÕES HOSPITALARES QUE GARANTAM A ASSISTENCIA INTEGRAL, COM FINALIDADE DE MANTER 100% DE ATENDIMENTO HOSPITALAR E PRONTO ATENDIMENTO, A TODA POPULAÇÃO USUARIA DO SUS, EM PARCELA MENSAL PELO PRESENTE CONVENIO.	69.184,62	

TOTAL DESCONTOS		TOTAL RETENÇÕES	
TOTAL GERAL 69.184,62		TOTAL LÍQUIDO 69.184,62	

ANO CONVÊNIO : 2023 N. CONVÊNIO : 000001 TERMO ADITIVO : 3

ANO CONTRATO : N. CONTRATO : TERMO ADITIVO :

Pagamento		 DANIEL LEONARDO DE SOUZA CRC 1SP 240140/0 - 5 DIRETOR DE CONTABILIDADE		 CELSO ANTONIO ROMANO PREFEITO MUNICIPAL	
CHEQUE _____	BANCO _____				
Data: ____/____/____	CONTA _____				
TESOUREIRO _____	CÓD APL: _____				
	A.t. Caixa _____				

RECIBO

DECLARA (AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI (EMDS) A IMPORTÂNCIA DESTA GUIA DE PAGAMENTO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO, E PELA QUAL DOU (AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO.

ASSINATURA



Prefeitura do Município de Guariba

Av. Evaristo Vaz, 1190
CEP: 14.840-000
CNPJ: 48.664.304/0001-80

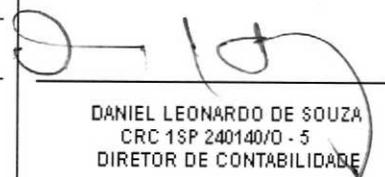
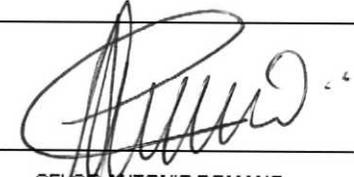
NOTA DE EMPENHO

PROGRAMA: ATENÇÃO ESPECIALIZADA		N.EMPENHO/TIPO 2024/002717 000Global		RECURSO Especial
ÓRGÃO 02 PODER EXECUTIVO	UNIDADE EXECUTORA 01 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE			
DOTAÇÃO 10.302.039.2.073 33903950	SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR, ODONTOLÓGICO		2124	N.CONTA 2123
CREDOR 69498 IRMANDADE STA CASA DE MISERICORDIA DE GU				
ENDEREÇO RUA NELLO PETRINI 1740 JD. BOA VISTA		FONE 3251-1211	CIDADE GUARIBA	
LICITAÇÃO Inexigibilidade	NÚMERO 47	SOLICITAÇÃO	PROC.COMPR	EMISSÃO 49001.04.24
VENCIMENTO 31.12.24		VALOR EMPENHO 69.184,62		
FONTE 5	COD. APL 3700000	DESC. APL GRUPO DA ASSISTÊNCIA FINA		

ITEM	QNT.	UN.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR TOTAL	RETENÇÕES
1	1		O PRESENTE CONVÊNIO TEM POR OBJETO INTEGRAR A CONVENIADA AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS E DEFINIR A SUA INSERÇÃO NA REDE REGIONALIZADA E HIERARQUIZADA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE CONSISTENTES NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES E AMBULATORIAIS, INCLUINDO O SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE PRONTO SOCORRO, VISANDO À GARANTIA DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS MUNICÍPIOS QUE INTEGRAM A REGIÃO DE SAÚDE, NA QUAL A CONVENIADA ESTÁ INSERIDA, E CONFORME DOCUMENTO		

TOTAL DESCONTOS	TOTAL RETENÇÕES
TOTAL GERAL	TOTAL LÍQUIDO

ANO CONVÊNIO : N. CONVÊNIO : TERMO ADITIVO :
ANO CONTRATO : N. CONTRATO : TERMO ADITIVO :

Pagamento		 DANIEL LEONARDO DE SOUZA CRC 1SP 240140/O - 5 DIRETOR DE CONTABILIDADE	 CELSON ANTONIO ROMÃO PREFEITO MUNICIPAL
CHEQUE _____	_____		
Data: ____/____/____	BANCO _____		
CONTA _____	_____		
TESOUREIRO	CÓD APL: _____ Art. Caixa _____		

RECIBO

DECLARA (AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI (EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA GUIA DE PAGAMENTO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO, E PELA QUAL DOU (AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO.

_____/_____/_____
ASSINATURA