

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE IMBUIA****NOTA DE EMPENHO****ESTADO DE SANTA CATARINA**

C.N.P.J.: 02.666.499/0001-04

Município: IMBUIA

Página: 1 / 1

Data: 26/03/2024

Usuário: JOAOSCH

Data do Empenho: 29/02/2024

**Nº do Empenho: 359/2024****ORDINARIO**

<b>Órgão:</b>	11.000	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
<b>Unidade:</b>	11.001	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
<b>Funcional:</b>	10.301.25	Saúde para Todos
<b>Projeto/Atividade:</b>	2012	MANUTENÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
<b>Natureza de Despesa:</b>	3.3.50.43.99.00.00.00	OUTRAS SUBVENÇÕES SOCIAIS
<b>Recurso:</b>	1.500.1002.0000	RECEITAS DE IMPOSTOS E DE TRANSFERENCIA DE IMPOSTOS - SAUDE

<b>Valor Dotação:</b>	300.000,00	<b>Empenhos anteriores:</b>	54.440,08
<b>Valor Dotação Atualizada:</b>	300.000,00	<b>Valor do empenho:</b>	2.821,50
<b>Total (A):</b>	300.000,00	<b>Valor anulado:</b>	0,00
		<b>Total (B):</b>	57.261,58
		<b>Total (A - B):</b>	242.738,42

**Credor:** ASSOCIAÇÃO DAS IRMÃS FRANCISCANAS DE SÃO JOSE  
**CPF/CNPJ:** 86.185.220/0006-67 **Inscr.Est./Ident.Prof.:** **Telefone:**  
**Endereço:** PRAÇA IRMA PAULINA N470 - **Cidade:** Ituporanga **UF:** SC  
**Banco:** **Conta:**  
**Agência:** **Tipo da Conta:**

**Especificação:**

PELA TRANSF. DE RECURSOS FINANCEIROS AO CREDOR OBJETIVANDO CONVENIO DESTINADO A UTILIZAÇÃO DO ESPAÇO FISICO E DOS SERVIÇOS HOSPITALARES E TECNICOS A SER PRESTADO AOS MUNICIPES DE IMBUIA, NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL BOM JESUS DO MUNICIPIO DE ITUPORANGA, COMPROMETENDO-SE O CREDOR A APRESENTAR A RESPECTIVA PRESTAÇÃO DE CONTAS. -MARÇO/2024

**Fonte de Recurso:** Ordinário **Valor geral:** 2.821,50

**Pagamentos:** **Nº Pagamento.:** 390 **Conta Bancária.:** 001 - Banco do Brasil S.A. / 5.746 - 0 **Valor .:** 2.821,50  
**Valor Total Pago.:** 2.821,50  
**Valor Total à Pagar.:** 0,00

**Fundamento legal:** Lei 8666/93 Art.25 CAPUT **Número Licitação:** 1/2020  
**Modal. Licitação:** Inexigibilidade de licitação **Número Processo:** 2/2020 **Data:** 02/01/2020  
**Número Contrato:** 2/2020 **Data:** 03/01/2020

Declaro para os devidos fins que o (material/serviço) foi (Fornecido/prestado) \_\_\_\_\_ **Data:** 29/02/2024  
Responsável

VANIO LUIZ BERNARDO  
CONTADOR CRC/SC N°15.924

NERI FERMINO  
GESTOR DO FMS