

**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: 28/04/2024

Usuário: JOAOSCH

Data do Empenho: 22/03/2024

Nº do Empenho: 549/2024**ORDINARIO**

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

| | | | |
|----------------------------------|------------|-----------------------------|------------|
| Valor Dotação: | 300.000,00 | Empenhos anteriores: | 57.261,58 |
| Valor Dotação Atualizada: | 300.000,00 | Valor do empenho: | 2.821,50 |
| Total (A): | 300.000,00 | Valor anulado: | 0,00 |
| | | Total (B): | 60.083,08 |
| | | Total (A - B): | 239.916,92 |

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. - ABRIL/2024

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

Pagamentos: Nº Pagamento.: 490 **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:** 22/03/2024
Responsável

VANIO LUIZ BERNARDO
CONTADOR CRC/SC N°15.924

NERI FERMINO
GESTOR DO FMS