



FUNDO DE SAUDE DE VIDAL RAMOS
[VR] NOTA DE LIQUIDAÇÃO COM DESCONTOS
ESTADO DE SANTA CATARINA

C.N.P.J.: 14.164.340/0001-62

Município: VIDAL RAMOS

Página: 1 / 1

Data: 06/10/2025

Usuário: JOAOSCH

Data da Liquidação: 03/09/2025

Nº da Liquidação: 1692/2025

Nº do Empenho: 209/2025

GLOBAL

Vencimento: 10/09/2025

Órgão:	10.000	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Unidade:	10.001	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Funcional:	10.301.1401	Saúde para Todos
Projeto/Atividade:	2009	MANUTENÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
Natureza de Despesa:	3.3.50.43.99.00.00.00	DEMAIS SUBVENÇÕES SOCIAIS
Recurso:	1.500.1002.0003	RECURSOS DE IMPOSTOS P/ ASPS - MÍNIMO DE 15%

Número do empenho:	209/2025	Liquidações anteriores:	185.528,98
Valor do empenho:	318.049,68	Valor liquidado:	26.504,14
Valor anulado:	0,00	Valor anulado:	0,00
Total (A):	318.049,68	Total (B):	212.033,12
		Total (A - B):	106.016,56

Credor: ASSOCIAÇÃO DAS IRMÃS FRANCISCANAS DE SÃO JOSE

CPF/CNPJ: 86.185.220/0006-67

Inscr.Est./Ident.Prof.:

Telefone:

Endereço: IRMA PAULINA - 470

Cidade:

Ituporanga

UF: SC

Banco:

Conta:

Agência:

Tipo da Conta:

Especificação:

RELATIVO AO REPASSE DE RECURSOS REFERENTE AO EXERCÍCIO FINANCEIRO DE 2024 PARA ATENDIMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES DE SOBREAVISO NAS ÁREAS DE CIRURGIA GERAL, CLINICA MÉDICA, NEOMATOLOGIA E ANESTESIA E O SERVIÇO DE PLANTÃO PRESENCIAL NA ESPECIALIDADE DE OBSTETRÍCIA FIRMADO ENTRE O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VIDAL RAMOS E A ASSOCIAÇÃO DAS IRMÃS FRANCISCANAS DE SÃO JOSÉ, COM SEDE NO MUNICÍPIO DE ITUPORANGA. CONVENIO AUTORIZADO PELA LEI MUNICIPAL Nº 1.868/2014, DE 02 DE ABRIL DE 2014.
REFERENTE TERMO ADITIVO DE PRAZO E VALOR PARA 2025.

Fonte de Recurso:	Ordinário	Valor geral:	26.504,14
-------------------	-----------	--------------	-----------

Descontos:

Total de descontos:	0,00	Líquido a pagar:	26.504,14
---------------------	------	------------------	-----------

Fundamento legal:

Número Processo:

Data:

Modal. licitação:

Número Licitação:

Data:

Contrato:

Data:

Declaro para os devidos fins que o (material/serviço) foi (Fornecido/prestado) _____ Data: 03/09/2025

Responsável

LAERCIO DA CRUZ ***.***.689-** Prefeito Municipal	JOAO SCHMITZ ***.***.169-** Técnico em Contabilidade - CRC/SC 16.129	JULIA EDUARDA DUNKE ***.***.639-** SECRETÁRIA DE FINANÇAS	ANDRE LUIS PREIS DOMINGOS ***.***.939-** Controlador Interno
---	---	---	--