



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE IMBUIA  
NOTA DE LIQUIDAÇÃO COM DESCONTOS  
ESTADO DE SANTA CATARINA

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

Data da Liquidação: 05/08/2025  
Nº da Liquidação: 1491/2025  
Nº do Empenho: 1359/2025  
ORDINARIO  
Vencimento: 05/08/2025

|                      |                       |                                                             |
|----------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------|
| 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: | 3.3.50.39.99.00.00.00 | OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA              |
| Recurso:             | 1.500.1002.0000       | RECEITAS DE IMPOSTOS E DE TRANSFERENCIA DE IMPOSTOS - SAUDE |

|                    |           |                         |           |
|--------------------|-----------|-------------------------|-----------|
| Número do empenho: | 1359/2025 | Liquidações anteriores: | 0,00      |
| Valor do empenho:  | 25.617,68 | Valor liquidado:        | 25.617,68 |
| Valor anulado:     | 0,00      | Valor anulado:          | 0,00      |
| Total (A):         | 25.617,68 | Total (B):              | 25.617,68 |
|                    |           | Total (A - B):          | 0,00      |

|           |                                               |                         |                   |
|-----------|-----------------------------------------------|-------------------------|-------------------|
| 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 DESPESA EMPENHADA PROVENIENTE AO PAGAMENTO DE SERVIÇOS MÉDICOS-HOSPITALARES DE SOBREAVISO DE CLÍNICA MÉDICA, CIRURGICA, ANESTESIOLOGIA, NEONATOLOGIA E OBSTETRICA, COMPROMETENDO-SE O CREDOR A APRESENTAR A RESPECTIVA PRESTAÇÃO DE CONTAS. CONFORME O 11º ADITIVO AO CONVENIO COM O HOSPITAL BOM JESUS. REF JULHO/2025.

|                   |           |              |           |
|-------------------|-----------|--------------|-----------|
| Fonte de Recurso: | Ordinário | Valor geral: | 25.617,68 |
|-------------------|-----------|--------------|-----------|

|            |                     |      |                            |
|------------|---------------------|------|----------------------------|
| Descontos: |                     |      |                            |
|            | Total de descontos: | 0,00 | Liquido a pagar: 25.617,68 |

|                   |                   |       |
|-------------------|-------------------|-------|
| Fundamento legal: | Número Processo:  | Data: |
| Modal. litação:   | Número Licitação: | Data: |
| Contrato:         |                   | Data: |

Declaro para os devidos fins que o (material/serviço) foi (Fornecido/prestado) \_\_\_\_\_ Data: 05/08/2025  
Responsável