

**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO**

Endereço : R.ANTONIO THOMAZ FERREIRA DE REZENDE , 3180 UBERLANDIA

Bairro : DISTRITO INDUSTRIAL

Fone : 0**34-3213-2433 Fax : 0**34-3213-2433

CNPJ : 18.151.467/0001-06

CEP : 38.402-349

EMP 0005361-000

DATA 23/05/2024

FICHA 000000013

FOLHA 1/1

NOTA DE EMPENHO

CREDOR	NOME 993 NP TECNOLOGIA E GESTAO DE DADOS LTDA	Obra 0 / 2.024
	ENDEREÇO R IZABEL A REDENTORA , 2356 , CENTRO FONE	
	CNPJ/CPF 07.797.967/0001-95 CIDADE SÃO JOSE DOS PINHAIS PR CEP 83.005-010	

CLASSIFICAÇÃO

Orgão : 10 AMVAP SAÚDE
 Unidade : 10 10 DEPARTAMENTO DE GESTÃO
 Sub-Unidade : 10 10 00
 Função : 10 Saúde
 Sub-Função : 10 302 GESTÃO DO AMVAP SAÚDE
 Programa : 2000 Assistência Hospitalar e Ambulatorial
 Proj./Atividade : 2 0001 GESTÃO DO AMVAP SAÚDE
 Elem. da Dsp. : 3 3 90 40 00 00 A Serviços de Tecnol. da Informação e Comunic - Pessoal
 Tipo Dsp. : 2 Locação de Softwares

EMPENHO 1 - Ordinário	TIPO DOTAÇÃO	MOD. LICITAÇÃO 7 - Processo	Nº LICIT. 03	N ° CONTRATO	Nº ATA	PROCESSO 17
---------------------------------	---------------------	---------------------------------------	------------------------	---------------------	---------------	-----------------------

FONTE DE RECURSOS: 02 0500 0000 0000 - Recursos Ordinários Recursos Não Vinculados de Impostos 14.950,00**HISTÓRICO**

EMPENHA-SE CONTRATO 469/2024 REFERENTE CONTRATAÇÃO DE ASSINATURA DE ACESSO PARA FERRAMENTA DE PESQUISA E COMPARAÇÕES DE PREÇOS PRATICADAS PELA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA NO SISTEMA ONLINE BANCO DE PREÇOS. VALOR TOTAL R\$14.950,00

VALOR POR EXTENSO

CATORZE MIL NOVECENTOS E CINQUENTA REAIS

TOTAL.....: 14.950,00

SALDO ORÇADO ANTERIOR	18.607,39	VLR. EMPENHADO	14.950,00
VLR. EMPENHADO	14.950,00	VLR. DESCONTO	0,00
SALDO ORÇADO ATUAL	3.657,39	VLR. BENEFICIO	0,00
		VLR. LÍQUIDO	14.950,00

RETENÇÕES/BENEFÍCIOS

LINDOMAR AMARO BORGES
Ordenador de Despesa

WESLY TEODORO DE FREITAS MARTINS
CONTADOR

LIQUIDAÇÃO

A Liquidação da Despesa a que se refere a presente NOTA DE EMP foi procedida com base no documento apresentado, onde demons entrega do material ou efetivação do serviço prestado.

DATA : ___/___/____

AUTORIZAÇÃO DO PAGAMENTO

Face a liquidação processada autorizo o pagamento des importância ao favorecido ou a seu procurador.

DADOS BANCÁRIOS DA UNID. GESTORA

BANCO: _____ AGENCIA: _____
 CONTA: _____ CHEQUE: _____

QUITAÇÃO

Recebi(emos) da CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO , a importância supra referente a despesa acima mencionada da qual é dada quitada em todas as vias. VALOR : R\$ 14.950,00

Assinatura : _____

CPF/RG : _____ DATA : ___/___/____

USUÁRIO:

WESLY TEODORO DE FREITAS MARTINS