



**PREFEITURA MUNICIPAL DE GUATAMBU**  
ESTADO DE SANTA CATARINA

Rua Manoel Rolim de Moura, 825  
CNPJ: 95.990.206/0001-12  
CEP: 89.817-000  
FONE: 49-3336 0102

**NOTA DE EMPENHO**  
Comum

<b>Nº DO EMPENHO/TIPO</b> 003455/20 Ordinário	<b>RECURSO</b> Extraordinário
--	----------------------------------

08 - SECRETARIA DA ASSISTENCIA SOCIAL  
08.01 - FUNDO DE ASSISTENCIA SOCIAL  
08 - Assistencia Social  
244 - Assistencia Comunitaria  
0014 - Acesso a direitos sociais  
2.160 - Manutencao da Secretaria de Assistencia Social  
3.3.90.00 - APLICACOES DIRETAS Principal: 1021  
3.3.90.30.28.00 - MATERIAL DE PROTECAO E SEGURANCA Cod. Red.: 01065  
0155 - Transferencia de Convenios -Assistencia  
000000 -

**CREADOR** 6683 SC MED DISTRIBUIDORA MEDICO HOSPITALAR L  
CNPJ/CPF: 27.311.107/0001-07  
AVENIDA BRASIL 1137 SAL CENTRO FONE PALMITOS SC

<b>LICITAÇÃO</b> Nao se Aplica	<b>NUMERO</b>	<b>SOLICITAÇÃO</b>	<b>PROC. COMPRA</b>	<b>EMIÇÃO</b> 21.09.20	<b>VENCIMENTO</b> 21.09.20
<b>VALOR ORÇADO</b> 637.350,00	<b>SALDO ANTERIOR</b> 339.068,36	<b>VALOR DO EMPENHO</b> 2.340,00		<b>SALDO ATUAL</b> 336.728,36	

**ESPECIFICAÇÃO**  
AQUISICAO DE MASCARAS DESCARTAVEIS (EPI) PARA ACOES DO COVID NOS SETORES DA ASSISTENCIA SOCIAL .: 30,00 CAIXA DE MASCARA CIRURGICA TRIPLA COM ELASTICO. CONFECCIONADA EM NAO TECIDO, COM 3 DOBRAS, TRIPLA CAMADA COM FILTRO PROPORCIONANDO UMA BFE (EFICIENCIA DE FILTRACAO BACTERIANA) MAIOR QUE 95%; CAMADAS SOLDADAS ELETRONICAMENTE POR ULTRASSOM. CAIXA COM NO MINIMO 50 UNIDADES, COM DADOS DE IDENTIFICACAO , VALIDADE E NUMERO DO LOTE. APRESENTAR REGISTRO NO MINISTERIO DA SAUDE/ANVISA. (CIM8421); LICITACAO COMPARTILHADA REALIZADA PELO CONSORCIO INTERFEDERATIVO SANTA CATARINA - CINCATARINA, CNPJ No

**TOTAL** 2.340,00

**VALOR POR EXTENSO**  
dois mil trezentos e quarenta reais\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

RESPONSÁVEL / EMPENHO

ORDENADOR DA DESPESA

CONTADOR

Nº CHEQUE:   
CONTA Nº:   
BANCO:   
DATA:

ORDEM DE PAGAMENTO

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TESOURARIA

RESPONSÁVEL

**RECIBO**

DECLARO(AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA GUIA DE PAGAMENTO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO, E PELA QUAL DOU(AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO.

DOC. Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA



**PREFEITURA MUNICIPAL DE GUATAMBU**  
ESTADO DE SANTA CATARINA

Rua Manoel Rolim de Moura, 825  
CNPJ: 95.990.206/0001-12  
CEP: 89.817-000  
FONE: 49-3336 0102

**NOTA DE EMPENHO**  
Comum

<b>Nº DO EMPENHO/TIPO</b> 003455/20 Ordinário	<b>RECURSO</b> Extraordinário
--	----------------------------------

08 - SECRETARIA DA ASSISTENCIA SOCIAL  
08.01 - FUNDO DE ASSISTENCIA SOCIAL  
08 - Assistencia Social  
244 - Assistencia Comunitaria  
0014 - Acesso a direitos sociais  
2.160 - Manutencao da Secretaria de Assistencia Social  
3.3.90.00 - APLICACOES DIRETAS Principal: 1021  
3.3.90.30.28.00 - MATERIAL DE PROTECAO E SEGURANCA Cod. Red.: 01065  
0155 - Transferencia de Convenios -Assistencia  
000000 -

**CREADOR** 6683 SC MED DISTRIBUIDORA MEDICO HOSPITALAR L  
CNPJ/CPF: 27.311.107/0001-07  
AVENIDA BRASIL 1137 SAL CENTRO FONE PALMITOS SC

<b>LICITAÇÃO</b> Nao se Aplica	<b>NUMERO</b>	<b>SOLICITAÇÃO</b>	<b>PROC. COMPRA</b>	<b>EMIÇÃO</b> 21.09.20	<b>VENCIMENTO</b> 21.09.20
<b>VALOR ORÇADO</b> 637.350,00	<b>SALDO ANTERIOR</b> 339.068,36	<b>VALOR DO EMPENHO</b> 2.340,00	<b>SALDO ATUAL</b> 336.728,36		

**ESPECIFICAÇÃO**  
12.075.748/0001-32 PROCESSO ADMINISTRATIVO LICITATORIO 004000/2020 -  
CINCATARINA, PREGAO ELETRONICO No 0014/2020 - CINCATARINA, ATA DE  
REGISTRO DE PRECO N° , AT20CIN19659

**TOTAL** 2.340,00

**VALOR POR EXTENSO**

dois mil trezentos e quarenta reais\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

\_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL / EMPENHO

\_\_\_\_\_  
ORDENADOR DA DESPESA

\_\_\_\_\_  
CONTADOR

Nº CHEQUE:   
CONTA Nº:   
BANCO:   
DATA:

\_\_\_\_\_  
TESOURARIA

ORDEM DE PAGAMENTO

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL

**RECIBO**

DECLARO(AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA GUIA DE  
PAGAMENTO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO, E PELA QUAL DOU(AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO.

DOC.Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA