



PREFEITURA MUNICIPAL DE JUMIRIM

Rua Manoel Novaes, Nº 829, Centro - CEP 18535-000 - Fone: (15) 3199-9800

CNPJ: 01.612.150/0001-19

Site: www.jumirim.sp.gov.br

NOTA DE EMPENHO

|                                                                            |                                       |                                                        |                         |                  |             |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------|------------------|-------------|
| FONTE DE RECURSO: 01 TESOURO                                               |                                       | NOTA 002781/000                                        | ANO 2024                |                  |             |
| CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 3100000 SAÚDE-GERAL                                   |                                       | EMIÇÃO 12/08/2024                                      | FICHA 413.00824         |                  |             |
| ÓRGÃO: 02 PREFEITURA MUNICIPAL                                             |                                       | PROCESSO 1540/2024                                     | CONTRATO Nº /           |                  |             |
| UNID. ORÇAMENTÁRIA: 21 SECRETARIA DE SAÚDE E VIGILÂNCIA SANITÁ             |                                       | VENCIMENTO 31/12/2024                                  |                         |                  |             |
| UNID. EXECUTORA: 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                               |                                       | MODALIDADE Dispensa por Limite                         |                         |                  |             |
| FUNÇÃO: 10 Saúde                                                           |                                       | NÚMERO/ ANO DA LICITAÇÃO 387/2024                      |                         |                  |             |
| SUBFUNÇÃO: 301 Atenção Básica                                              |                                       | PEDIDO DE EMPENHO 2304/2024                            |                         |                  |             |
| PROGRAMA: 0011 SAÚDE UNIVERSAL                                             |                                       | CENTRO DE CUSTO 31 SEC. MUN. DE SAÚDE E VIG. SANITÁRIA |                         |                  |             |
| PROJETO/ATIVIDADE: 2109 AÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA                            |                                       |                                                        |                         |                  |             |
| CATEG. ECONÔMICA: 3.3.90 APLICAÇÕES DIRETAS                                |                                       |                                                        |                         |                  |             |
| ELEMENTO DESPESA: 30 MATERIAL DE CONSUMO                                   |                                       |                                                        |                         |                  |             |
| SUB-ELEMENTO DESP: 04 GÁS ENGARRAFADO                                      |                                       |                                                        |                         |                  |             |
| VÍNCULO: 1 Ordinário                                                       |                                       |                                                        |                         |                  |             |
| CÓDIGO 7633                                                                | NOME DO FORNECEDOR ROMA GASES LTDA ME | CNPJ / CPF 21.033.700/0001-52                          |                         |                  |             |
| ENDEREÇO R SILVANO ALVES LIMA 220 JARDIM ELIT LARANJAL PAULISTA            |                                       | TELEFONE 1533839902                                    |                         |                  |             |
| BANCO 000                                                                  | AGÊNCIA                               | CONTA                                                  |                         |                  |             |
| Entrega                                                                    | SECRETARIA DE SAÚDE                   |                                                        |                         |                  |             |
| ITEM                                                                       | DESCRIÇÃO                             | UN.                                                    | QUANTIDADE              | VALOR UNITÁRIO   | VALOR TOTAL |
| 1                                                                          | OXIGENIO 1M3 CARGA MEDICINAL          | UNI                                                    | 3,0000                  | 91,0300          | 273,0900    |
| 2                                                                          | OXIGENIO 2M3 CARGA MEDICINAL          | UNI                                                    | 6,0000                  | 50,0000          | 300,0000    |
| Aquisição de gás oxigênio medicinal para o posto de saúde Brasileiro Poggi |                                       |                                                        |                         |                  |             |
| RETENÇÃO                                                                   | VL. RETIDO ➡                          | VL. LIQUIDADO ➡                                        | 573,09                  | VL. BRUTO ➡      | 573,09      |
| DOTAÇÃO ATUAL 877,62                                                       | EMPENHADO NO ANO 49.122,38            | VALOR DO EMPENHO 573,09                                | SALDO DISPONÍVEL 304,53 |                  |             |
| CRC - 1SP304084/0-0/SSec. Mun. de Fazenda                                  | Prefeito Municipal                    | Tesoureiro                                             |                         |                  |             |
| Lucineia D. Caldeira Vaz                                                   | Sandro Wagner Anselmo                 | Daniel Vieira                                          |                         |                  |             |
| Contadora                                                                  |                                       | Banco: _____                                           |                         |                  |             |
|                                                                            |                                       | Conta: _____                                           |                         |                  |             |
|                                                                            |                                       | Cheques: _____                                         |                         |                  |             |
| Recebi Da Prefeitura Municipal de Jumirim, a importância de:               |                                       | Anderson Constantino                                   |                         |                  |             |
| quinhetos e setenta e três reais e nove centavos*****                      |                                       |                                                        |                         |                  |             |
| *****                                                                      |                                       |                                                        |                         |                  |             |
| Referente ao Valor da Nota acima discriminada.                             |                                       |                                                        |                         |                  |             |
| JUMIRIM , ____ de ____ de ____.                                            |                                       | ASSINATURA DO FORNECEDOR                               |                         | Documento: _____ |             |
|                                                                            |                                       |                                                        |                         | Número: _____    |             |