**MUNICIPIO DE ITAPEJARA D'OESTE - PR**

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

C.N.P.J.: 76.995.430/0001-52

NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO 002154/2021 Ordinário Orçamentário	RECURSO Orçamentário
---	--------------------------------

ÓRGÃO 07 DEPARTAMENTO DE SAUDE	UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
--	--

DOTAÇÃO 103020021.2.028.337170300100 RATEIO PELA PARTICIPA	Nº CONTA 1491	COD. DESDOBR. 1780
--	-------------------------	------------------------------

CREADOR 229 CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE	CNPJ 00.136.858/0001-88
--	--------------------------------

ENDEREÇO Rua Osvaldo Aranha 377 CENTRO	FONE 46-3313-3550	CIDADE PATO BRANCO
--	-----------------------------	------------------------------

LICITAÇÃO Nao se Aplica	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMIÇÃO 20.05.21	VENCIMENTO 20.05.21
-----------------------------------	---------------	-----------------	-----------------	---------------------------	-------------------------------

VALOR ORÇADO 37.007,64	SALDO ANTERIOR 23.593,51	VALOR DO EMPENHO 18.974,28	SALDO ATUAL 4.619,23
----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE FATURAMENTO CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE, COMPETENCIA 04/2021, REF MES 05/2021 - MATERIAL AMBULATORIAL	18.974,2800	18.974,2800

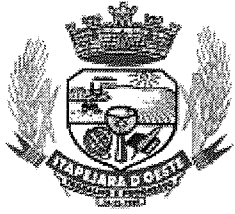
FONTE DE RECURSO 023 COVID 19 - Fundo Estadual de Saude	TOTAL LÍQUIDO 18.974,28
---	-----------------------------------

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Consortio Intermunicipal de Saude - CONI	TOTAL BRUTO 18.974,2800
--	-----------------------------------

EMITIDO	VISTO	AUTORIZO A DESPESA
FUNCIONARIO	CONTADORA	DIRETOR DE DEPARTAMENTO
	ANA MARIA CORTUNG PR-072160/O-4	ARAN KLEIN FERNANDES

ORDEM DE PAGAMENTO PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO. _____ DE _____ DE _____	RECIBO R\$ DECLARO (AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI (EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA QUAL DOU (AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO. _____ DE _____ DE _____
TESOURARIA	CREDOR

BANCO Nº CHEQUE	Nº DA CONTA	ANOTAÇÕES
---------------------------	--------------------	------------------

**MUNICIPIO DE ITAPEJARA D'OESTE - PR**

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

C.N.P.J.: 76.995.430/0001-52

NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO 002155/2021 Ordinário	RECURSO Orçamentário
--	--------------------------------

ÓRGÃO 07 DEPARTAMENTO DE SAÚDE	UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 02 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
--	--

DOTAÇÃO 103020021.2.028.337170300100 RATEIO PELA PARTICIPA	Nº CONTA 1492	COD. DESDOBR. 1612
--	-------------------------	------------------------------

CREADOR 229 CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE	CNPJ 00.136.858/0001-88
--	--------------------------------

ENDEREÇO Rua Osvaldo Aranha 377 CENTRO	FONE 46-3313-3550	CIDADE PATO BRANCO
--	-----------------------------	------------------------------

LICITAÇÃO Não se aplica	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMIÇÃO 20.05.21	VENCIMENTO 20.05.21
-----------------------------------	---------------	-----------------	-----------------	---------------------------	-------------------------------

VALOR ORÇADO 12.907,95	SALDO ANTERIOR 5.071,72	VALOR DO EMPENHO 2.165,87	SALDO ATUAL 2.905,85
----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE FATURAMENTO CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE, COMPETENCIA 04/2021, REF MES 05/2021 - MATERIAL AMBULATORIAL	2.165,8700	2.165,8700

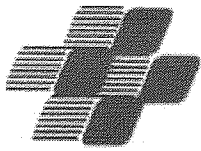
FONTE DE RECURSO 1028 COVID 19 - Portaria 2222	TOTAL LÍQUIDO 2.165,87
--	----------------------------------

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Consortio Intermunicipal de Saude - CONI	TOTAL BRUTO 2.165,8700
--	----------------------------------

EMITIDO	VISTO	AUTORIZO A DESPESA
FUNCIONÁRIO	CONTADORA	DIRETOR DE DEPARTAMENTO
	ANA MARIA CORTUNG PR-072160/O-4	ARAN KLEIN FERNANDES

ORDEM DE PAGAMENTO PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO. _____ DE _____ DE _____ TESOURARIA	RECIBO R\$ DECLARO (AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI (EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTE EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA QUAL DOU (AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO. _____ DE _____ DE _____ CREDOR
--	--

BANCO Nº CHEQUE	Nº DA CONTA	ANOTAÇÕES
---------------------------	--------------------	------------------



ESTADO DO PARANÁ
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

RUA AFONSO PENA, 1902 - ANCHIETA - Pato Branco - Paraná
CEP: 85501-530 CNPJ: 00.136.858/0001-88 Telefone: (46) 3313-3550

Página: 18 / 31

Data: 04/05/2021

[CONIMS] - Relatório de Saídas por Centro de Custo

Almoxarifado: MATERIAIS AMBULATORIAIS LICITADOS

Período inicial: 01/04/2021 Período final: 30/04/2021

Item	Descrição	Unid.	Quant	Unitário R\$	Total R\$
Centro de custo: 02.001.00021 - ITAPEJARA D'OESTE - PR					
14060114	Alcool etilico 70% . Frasco de 1.000 ml	FR	108,000	4,2338	457,2504
72020161	Avental descartável de polipropileno, gramatura de aproximadamente 20g/m²,	PCT	100,000	27,2000	2.720,0000
14060941	Touca ou turbante descart. microperfuramado 100 unidades	PCT	30,000	12,4300	372,9000
14060531	Luva para procedimento em latex pequena. Caixa c/ 100 uni	CX	200,000	87,9500	17.590,0000
Total por centro de custo R\$					21.140,1504