

PREFEITURA DE GOIANIA  
SERVICO PUBLICO MUNICIPAL  
N.M.O.F. - NOTA DE MOVIMENTACAO ORCAMENTARIA E FINANCEIRA

1 VIA - PROCESSO

| Data Emissao                              | Processo/BEE | N. Documento | Compactada   | Sequencial TCM | Documento           | Folha |             |                   |     |                |
|---|--------------|--------------|--------------|----------------|---------------------|-------|-------------|-------------------|-----|----------------|
| 28/07/2020                                | 25317        | 0001 00      | 202021500380 | 7390           | 3   NOTA DE EMPENHO | 01/02 |             |                   |     |                |
| -----                                     |              |              |              |                |                     |       |             |                   |     |                |
| Exerc                                     | Orgao        | Unid         | Funcao       | Subfuncao      | Programa            | P/A   | Nat Despesa | Fonte             | OBN | Valor          |
| 2020                                      | 21           | 50           | 10           | 122            | 0178                | 2729  | 44905208    | 114 081           |     | *****35.000,00 |
| -----                                     |              |              |              |                |                     |       |             |                   |     |                |
| Unidade Orcamentaria                      |              |              |              | Tipo da NE     | Solicitacao         | Agreg | Parcel      | Saldo Atual       |     |                |
| FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS            |              |              |              | 06-ORDIN.      | 76668               | 4     | **          | *****4.182.630,00 |     |                |
| -----                                     |              |              |              |                |                     |       |             |                   |     |                |
| Beneficiario ou Recolhedor                |              |              |              |                |                     |       |             | CPF ou CNPJ       |     |                |
| HEALTH CARE & DUBEBE IND COM IMP EXP LTDA |              |              |              |                |                     |       |             | 18252904/0001-70  |     |                |
| -----                                     |              |              |              |                |                     |       |             |                   |     |                |
| Endereco                                  |              |              |              | Município      |                     |       | UF          |                   |     |                |
| R SANTO AMARO 155 BALNEARIO ESTREITO      |              |              |              | FLORIANOPOLIS  |                     |       | SC          |                   |     |                |

HISTORICO DA OPERACAO

DESP.C/AQUIS.DE TERMOMETRO DGITAL INFRAVERMELHO S/CONTATO PARA ABASTECIMENTO  
DAS UNID.DE SAUDE/SMS P/ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA PROVOCADA PELO NOVO CORONA  
VIRUS(COVID-19).BEE25317-PE 059/2020-MENOR PRECO POR ITEM.SOLICITACAO FINAN-  
CEIRA:76668-2020.

.

1-TERMOMETRO DIGITAL INFRAVERMELHO S/CONTATO.M:LOYE.

COD:587842.....350..UN.....100,00.....35.000,00

VALOR TOTAL:.....35.000,00

.

OBS:ENTREGA DEVERA SER EM PARCELA UNICA C/PRAZO NAO SUP.A 05 DIAS APOS O RE-  
CEBIMENTO DA ORDEM DE FORNEC./NOTA DE EMPENHO.DEMAIS ESCLARECIMENTOS CONF. O  
TERMO DE REF./PE059/2020 E ANEXOS.A ENTREGA DEVE OBEDECER AS ESPECIFICACOES  
CONTIDAS MARCA, FABRICANTE, QUANTIDADE, TRANSP. E ARMAZENAMENTO.

| Nome Executor           | Cod. Ag. Finan./Agencia | Conta Debito | Conta Credito |
|-------------------------|-------------------------|--------------|---------------|
| NILDA PEREIRA FERNANDES | ****/*****              | *****        | *****         |

| Total dos Descontos | Valor Liquido  |
|---------------------|----------------|
| *****0,00           | *****35.000,00 |

Valor liquido do Documento por Extenso

TRINTA E CINCO MIL REAIS \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

| Visto do Ordenador de Despesa | Reservado ao Controle Interno | Quitacao/Recibo |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------|
|                               | EMPENHO                       |                 |
|                               | CERTIFICACAO: CD185272020     |                 |
|                               | WALCLEZIA VIEIRA DOS SANTOS   |                 |
| Matricula:                    |                               |                 |
| Ass.Elet. 00/00/0             |                               |                 |

PREFEITURA DE GOIANIA  
SERVICO PUBLICO MUNICIPAL  
N.M.O.F. - NOTA DE MOVIMENTACAO ORCAMENTARIA E FINANCEIRA

1 VIA - PROCESSO

| Tipo | Documento       | Folha |
|------|-----------------|-------|
| 3    | NOTA DE EMPENHO | 02/02 |

  

| Data Emissao | Processo/BEE | N. Documento | Compactada   | Sequencial TCM | Saldo Anterior    |
|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|-------------------|
| 28/07/2020   | 25317        | 0001 00      | 202021500380 | 7390           | *****4.217.630,00 |

  

| Exerc | Orgao | Unid | Funcao | Subfuncao | Programa | P/A  | Nat Despesa | Fonte   | OBN | Parcel | Valor          |
|-------|-------|------|--------|-----------|----------|------|-------------|---------|-----|--------|----------------|
| 2020  | 21    | 50   | 10     | 122       | 0178     | 2729 | 44905208    | 114 081 |     |        | *****35.000,00 |

  

| Unidade Orcamentaria           | Tipo da NE | Solicitacao | Agreg | Parcel | Saldo Atual       |
|--------------------------------|------------|-------------|-------|--------|-------------------|
| FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS | 06-ORDIN.  | 76668       | 4     | **     | *****4.182.630,00 |

  

| Beneficiario ou Recolhedor                | CPF ou CNPJ      |
|---|------------------|
| HEALTH CARE & DUBEBE IND COM IMP EXP LTDA | 18252904/0001-70 |

  

| Endereco                             | Município     | UF |
|--------------------------------------|---------------|----|
| R SANTO AMARO 155 BALNEARIO ESTREITO | FLORIANOPOLIS | SC |

HISTORICO DA OPERACAO

LOCAL DA ENTREGA;AV. PERIMETRAL NORTE. CONDOMINIO GOIAZEM BLOCO E/GALPAO 09/  
10 VILA JOAO VAZ, CEP:74.425-090 GOIANIA- GOIAS TELEFONES: (62) 3524-3401/340  
7 NO HORARIO DAS 08:00 AS 17:00 HORAS.ALMOXARIFADO/SMS.  
.  
81-ACOES DE SAUDE PARA O ENFRENTAMENTO DO CORONAVIRUS - COVID - 19

O SALDO ORCAMENTARIO FOI ATUALIZADO CONFORME ESPECIFICACAO DESTA 'NE'

| Nome Executor           | Cod. Ag. Finan./Agencia | Conta Debito | Conta Credito |
|-------------------------|-------------------------|--------------|---------------|
| NILDA PEREIRA FERNANDES | ****/*****-             | *****-       | *****-        |

| Total dos Descontos | Valor Liquido  |
|---------------------|----------------|
| *****0,00           | *****35.000,00 |

Valor liquido do Documento por Extenso

TRINTA E CINCO MIL REAIS \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

| Visto do Ordenador de Despesa | Reservado ao Controle Interno | Quitacao/Recibo |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------|
|                               | EMPENHO                       |                 |
|                               | CERTIFICACAO: CD185272020     |                 |
|                               | WALCLESIA VIEIRA DOS SANTOS   |                 |
| Matricula:                    |                               |                 |
| Ass.Elet. 00/00/0             |                               |                 |