

# NOTA DE EMPENHO ORDINARIO

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE BELO  
CNPJ 18.668.376/0001-34  
RUA SETE DE MAIO, 379, CENTRO, MONTE BELO/MG

Fls. N<sup>o</sup>. 02353  
EO 02353  
15/05/2019  
SAUDE DR 102 FICHA 0372  
RE 01897/19

PROCESSO PRC00074/19 Licitacao INEXIGIBILIDADE Ref. 05/2019  
INEX000319 PROTOCOLO DE AVALIACAO NEUROVISUAL  
OS 001103 PROTOCOLO DE AVALIACAO NEUROVISUAL Item 1  
Mate Contr Parcela 001

CREDOR 3855-HOSPITAL DE OLHOS DE MINAS GERAIS S/A, 65.279.663/0001-32  
RUA DA PAISAGEM 220, VILA DA SERRA, NOVA LIMA, MG, CEP 34000-000, Fone 31 3289-2185

ESPECIFICACAO DA DESPESA  
CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA P/ PRESTACAO DE SV. NA FORMA DE PROTOCOLO DE AVALIACAO NEUROVISUAL P/ O PACIENTE CAINAN FERREIRA VIEIRA, POR ORDEM JUDICIAL, ATENDENDO A SEC. MUN. DE SAUDE. CONF. PRC 074/19 E INEXIGIBILIDADE 003/19 DE 15/05/19.

IMPORTANCIA  
Valor 1.553,50

## DOTACAO

Orgao	02	PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE BELO	RECURSO VINCULADO - SAUDE
Unidade	05	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	
Subunidade	02	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
Classificacao	1030100172.046	MANUTENCAO DA ASSISTENCIA MEDICA	
	339032	Material, Bem ou Servico de Distrib. Gratuita	
	33903202	Insumos e Servicos para Saude	
Subprojeto			
Fonte TCE/MG	102	Saude - 15%	
Conta	Debite 6.01	DESPESAS RESULT. EXEC. ORCAMENTARIA	

## SALDOS

	Ficha 372	15/05/2019
Saldo anterior	53.829,56	
Valor	1.553,50	
Saldo atual	52.276,06	

*[Assinatura]*  
LUIZ OTAVIO TOMAZ  
SEC. MUNICIPAL DE SAUDE  
Ordenador da Despesa

*[Assinatura]*  
ALESSANDRA DE OLIV. FERREIRA  
CONTADORA - CRCMG 100485-03  
Responsavel Tecnico

## LIQUIDACAO

Atesto a liquidacao desta despesa  
(Artigo 63 da Lei Federal 4320/64)

*[Assinatura]*  
LUIZ OTAVIO TOMAZ  
SEC. MUNICIPAL DE SAUDE

02/07/19

## ORDEM DE PAGAMENTO

Autorizo o pagamento desta despesa  
(Artigo 64 da Lei Federal 4320/64)

*[Assinatura]*  
LUIZ OTAVIO TOMAZ  
SEC. MUNICIPAL DE SAUDE

10/07/19

## RECIBO

Recebi o valor desta despesa, da qual dou plena quitacao:  
(Um mil, quinhentos e cinquenta e tres reais e cinquenta centavos)

ASS.  
NOME

PAGO CONFORME  
RECIBO ANEXO.

DATA 11/07/19  
DOCUMENTO

BANCO / CHEQUE / RECURSO

001 134.4404 h/c 1.553.50

VOUCHER

9116

## QUITACAO

NF: 000.16592

Preparado por: MARIA EDUARDA ALVES