



PREFEITURA MUNICIPAL DE INDAIATUBA

ORDEM DE PAGAMENTO

EMPENHO Estimativo: 7092/2021 OP: _____

PARCELA: 2

DATA EMPENHO: 31/03/2021

DATA BAIXA: 23/04/2021

REQUISIÇÃO: 1065/2021

FORNECEDOR

SALUTE EMERGÊNCIAS MÉDICAS LTDA. (029.234.886/0001-10)

TEL: (19) 4042-6459 FAX:

BENTO PACHECO, PE., 3628 - VICTORIA GL 1 - CEP: 13339-070

INDAIATUBA/SP / SÃO PAULO

ORDENADOR
SAÚDE

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA
FUNSAU - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CATEGORIA DO EMPENHO
33903999 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

DESTINAÇÃO DE RECURSOS
01.310.0000 - SAÚDE-GERAL

LICITAÇÃO MODALIDADE
PREGÃO PRESENCIAL - 103/2020

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO
EM ATÉ 10 DIAS

VENCIMENTO
29/04/2021

NOTA FISCAL: 1389

SERVIÇO

SALDO: 20.834,19

VALOR BAIXA: 31.634,95

RETENÇÕES	VALOR
ISS	632,70
TOTAL RETIDO:	R\$ 632,70

VALOR LÍQUIDO: 31.002,25

ITEM: SERVIÇO DE CONTRATAÇÃO DE HORA PARADA EM REMOÇÃO COM AMBULANCIA UTI TIPO D, CONFORME PORTARIA 2048/2002 MS - FORA DO MUNICÍPIO DE INDAIATUBA ADULTO

	QTD	VALOR
CENTRAL DE AMBULÂNCIAS	27,0055	4.979,81
VALOR UNITÁRIO: R\$ 184,40 (HORA PARADA)	TOTAL: 27,0055	R\$ 4.979,81

ITEM: SERVIÇO:SERVIÇO DE CONTRATAÇÃO DE QUILOMETRO ADICIONAL PARA REMOÇÃO COM AMBULANCIA UTI MOVEL TIPO D, CONFORME PORTARIA 2048/2002 MS PARA FORA DO MUNICÍPIO DE INDAIATUBA NEO-NATAL E/ OU PEDIATRA.

	QTD	VALOR
CENTRAL DE AMBULÂNCIAS	1.200,0000	12.060,00
VALOR UNITÁRIO: R\$ 10,05 (KM ADICIONAL)	TOTAL: 1.200,0000	R\$ 12.060,00

ITEM: SERVIÇO:SERVIÇO DE CONTRATAÇÃO DE REMOÇÃO COM AMBULANCIA UTI MOVEL TIPO D, CONFORME PORTARIA 2048/2002 MS TAXA DE PARTIDA PARA FORA DO MUNICÍPIO DE INDAIATUBA ADULTO.

	QTD	VALOR
CENTRAL DE AMBULÂNCIAS	13,4400	9.700,99
VALOR UNITÁRIO: R\$ 721,80 (TAXA DE PARTIDA)	TOTAL: 13,4400	R\$ 9.700,99

ITEM: SERVIÇO:SERVIÇO DE CONTRATAÇÃO DE REMOÇÃO COM AMBULANCIA UTI MOVEL TIPO D, CONFORME PORTARIA 2048/2002 MS TAXA DE PARTIDA PARA FORA DO MUNICÍPIO DE INDAIATUBA NEO-NATAL E/ OU PEDIATRA

	QTD	VALOR
CENTRAL DE AMBULÂNCIAS	4,5000	4.894,15
VALOR UNITÁRIO: R\$ 1.087,59 (TAXA DE PARTIDA)	TOTAL: 4,5000	R\$ 4.894,15

PAGUE-SE A IMPORTÂNCIA CONSTANTE DA PRESENTE ORDEM DE PAGAMENTO

_____/_____/_____

_____/_____/_____

ASSINATURA / CARIMBO
ORDENADOR DE DESPESA

ASSINATURA / CARIMBO
SECRETÁRIO(A) MUNICIPAL DE SAÚDE