



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ nº 11.393.440/0001-72

NOTA DE EMPENHO

310036

NOTA DE EMPENHO Nº

310036FICHA: **605**DATA: **10/03/2021**

REQUISIÇÃO Nº:

OROR - Ordinário
ES - Estimativo
GL - GlobalAD - Adiantamento
EX - Extra-Orçamentário
RD - Reserva de DotaçãoMODALIDADE: **DISPENSA**

CARTA CONVITE Nº

PROCESSO Nº

NOME: **7562 FRANCISCO FILHO SIQUEIRA LEITE**CPF / CNPJ **936.710.324-72**

Agência:

Conta nº

ENDEREÇO:

BAIRRO:

TRINDADE**PE**

CÓDIGO

CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA

09
02
10.122.0014.2089.0000
3.3.90.36.45
00**ENTIDADES SUPERVISIONADAS**
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

DOTAÇÃO

EMPENHADO ATÉ A DATA

VALOR DESTA EMPENHO

SALDO ATUAL

300.000,00

216.977,24

800,00

82.222,76

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO

VALOR TOTAL

VALOR QUE SE EMPENHA REFERE SE A CONFECCAO DE CAVALETES PARA UTILIZACAO NA INTERDICAÇÃO DE RUAS EM MEDIDAS PROTETIVA CONTRA O COVID 19.

Código de Aplicação (Vínculo)
310 SAÚDE-GERAL
000 SAÚDE-GERALFonte de Recurso STN 1.211.0000
Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - S.
Fonte de Recurso TCE: 12110000**VALOR EMPENHADO****800,00****AUTORIZAÇÃO****CONTABILIZAÇÃO****ATESTO**

EMITIDO POR

LIQUIDACÃO / PAGUE-SE

DECLARO QUE A DESPESA RELATIVO A NOTA DE EMPENHO SUPRA ESTÁ LIQUIDADADA

PAGUE-SE

Empenho Valor R\$

800,00**RETENÇÕES**

ISSQN - FMS

40,00

Total das Retenções:

40,00**ORDEM DE PAGAMENTO Nº _____**

BANCO	CONTA	CHEQUE	VALOR

Pague-se a quantia de R\$**760,00**setecentos e sessenta reais *****
*******RECIBO**

RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA EMPENHO.

EM ____ / ____ / ____.

Credor: FRANCISCO FILHO SIQUEIRA LEITE

CPF/CNPJ nº 936.710.324-72