



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ nº 11.393.440/0001-72

NOTA DE EMPENHO

517010

NOTA DE EMPENHO Nº **517010** FICHA: **606** DATA: **17/05/2021** REQUISIÇÃO Nº:

OR OR - Ordinário AD - Adiantamento MODALIDADE: **OUTRO NÃO APLICÁVEL** CARTA CONVITE Nº ES - Estimativo EX - Extra-Orçamentário PROCESSO Nº GL - Global RD - Reserva de Dotação

NOME: **9440 ROLANDO MARCOS VILI ANTUNES ME** CPF / CNPJ **09.512.575/0001-68** Agência: Conta nº
 ENDEREÇO: **RUA PRF. CARMELITA C. JAQUES** BAIRRO: **OURICURI** PE

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
09	ENTIDADES SUPERVISIONADAS
02	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
10.122.0014.2089.0000	MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
3.3.90.39.74	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
00	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

DOTAÇÃO	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTE EMPENHO	SALDO ATUAL
200.000,00	262.760,08	3.675,00	733.564,92

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO	VALOR TOTAL
VALOR QUE SE EMPENHA SE REFERE A LOCAÇÃO DE 5 TENDAS PARA APOIO E DAS EQUIPES NA CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE ORIENTAÇÃO DO COVID 19 NO PERIODO 04/05/2021 A 18/05/2021.	

Código de Aplicação (Vínculo) 310 SAÚDE-GERAL 000 SAÚDE-GERAL	Fonte de Recurso STN 1.211.0000 Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - S. Fonte de Recurso TCE: 12110000	VALOR EMPENHADO	3.675,00
---	---	------------------------	-----------------

AUTORIZAÇÃO	CONTABILIZAÇÃO	ATESTO
_____	_____	EMITIDO POR _____

LIQUIDAÇÃO / PAGUE-SE
 DECLARO QUE A DESPESA RELATIVO A NOTA DE EMPENHO SUPRA ESTÁ LIQUIDADADA
PAGUE-SE

Empenho Valor R\$ **3.675,00**

Pague-se a quantia de R\$ 3.675,00
 três mil, seiscentos e setenta e cinco reais *****

ORDEM DE PAGAMENTO Nº _____

BANCO	CONTA	CHEQUE	VALOR

RECIBO
 RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTE EMPENHO,
 EM ____ / ____ / ____.

Credor: **ROLANDO MARCOS VILI ANTUNES ME**
 CPF/CNPJ nº 09.512.575/0001-68