



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ nº 11.393.440/0001-72

NOTA DE EMPENHO

528144

NOTA DE EMPENHO Nº **528144** FICHA: **605** DATA: **28/05/2021** REQUISIÇÃO Nº:

OR - Ordinário AD - Adiantamento
 ES - Estimativo EX - Extra-Orçamentário
 GL - Global RD - Reserva de Dotação

MODALIDADE: **OUTRO NÃO APLICÁVEL** 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	ENTIDADES SUPERVISIONADAS
02	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
10.122.0014.2089.0000	MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
3.3.90.36.45	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA
00	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

DOTAÇÃO	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTE EMPENHO	SALDO ATUAL
300.000,00	1.088.075,82	1.200,00	210.724,18

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO	VALOR TOTAL
VALOR QUE SE EMPENHA REFERE SE A SERVIÇOS PRESRADOS EM CONFECCÃO DE CAVALETES EM UTILIZAÇÃO DE RUAS COMO MEDIDAS PROTETIVAS EM COMBATE AO CORONÁ VIRUS.	

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	1.200,00
---	---	------------------------	-----------------

AUTORIZAÇÃO	CONTABILIZAÇÃO	ATESTO EMITIDO POR
_____	_____	_____

LIQUIDAÇÃO / PAGUE-SE

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

PAGUE-SE

Empenho Valor R\$	1.200,00
RETENÇÕES	
ISSQN - FMS	60,00
Total das Retenções:	60,00
Pague-se a quantia de R\$	1.140,00
um mil, cento e quarenta reais *****	

ORDEM DE PAGAMENTO Nº _____

BANCO	CONTA	CHEQUE	VALOR

RECIBO

RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTE EMPENHO,

EM ____ / ____ / ____.

Credor: **FRANCISCO FILHO SIQUEIRA LEITE**

CPF/CNPJ nº **936.710.324-72**