



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ nº 11.393.440/0001-72

NOTA DE EMPENHO

630191NOTA DE EMPENHO Nº **630191** FICHA: **606** DATA: **30/06/2021** 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 NºNOME: **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 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
02	
10.122.0014.2089.0000	
3.3.90.39.74	
00	

DOTAÇÃO	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA EMPENHO	SALDO ATUAL
200.000,00	347.049,58	2.100,00	670.850,42

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 PERÍODO 19/05/2021 A 18/06/2021.	

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	2.100,00
---	---	------------------------	-----------------

<u>AUTORIZAÇÃO</u>	<u>CONTABILIZAÇÃO</u>	<u>ATESTO</u> EMITIDO POR
_____	_____	_____

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

Empenho Valor R\$ 2.100,00

Pague-se a quantia de R\$ 2.100,00
dois mil e cem reais *****

ORDEM DE PAGAMENTO Nº _____

BANCO	CONTA	CHEQUE	VALOR

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

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