



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VERDEJANTE

Prç. Raimundo Targino Ferreira, 2
CNPJ nº 11.667.975/0001-94

NOTA DE EMPENHO

380

NOTA DE EMPENHO Nº **380** FICHA: **580** DATA: **19/05/2021** REQUISIÇÃO Nº:

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


NOME: **2293 NAYARA CRISTINA SILVA SANTOS ARRUDA** CPF / CNPJ **073.961.614-52** Agência **0870-2** Conta nº **4.929-2** PE
ENDEREÇO: **SALQUEIRO, N.S/N** BAIRRO: **SALQUEIRO**

CÓDIGO CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 PODER EXECUTIVO
10 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
10.122.1002.2067.0000 MANUTENCAO DAS ATIVIDADES DA SECRETARIA DE SAUDE
3.3.90.14.14 DIÁRIAS - CIVIL
01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DOTAÇÃO	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA EMPENHO	SALDO ATUAL
15.000,00	1.620,00	270,00	13.110,00

DESCRÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO
VALOR AO CREDOR PARA CUSTEIO COM AS DESPESAS DE VIAGEM PARA A CIDADE DO RECIFE, PARA TRATAR ASSUNTOS PERTINENTES A ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO NA NOVA CASA DE APOIO, QUE ATENDERÁ AO PROGRAMA DO TFD, CONFORME CI 322/2021

Centro de Custo VALOR EMPENHADO **270,00**

AUTORIZAÇÃO	ATESTO	CONTABILIZAÇÃO
 PREFEITO OU SECRETARIO(A)		EMITIDO POR

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

Empenho Valor R\$ **270,00**

Pague-se a quantia de R\$ 270,00
duzentos e setenta reais *****

ORDEN DE PAGAMENTO Nº _____

BANCO	CONTA	CHEQUE	VALOR

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

Credor: **NAYARA CRISTINA SILVA SANTOS ARRUDA**
CPF/CNPJ nº 073.961.614-52