



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VERDEJANTE

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

NOTA DE EMPENHO

**392**

NOTA DE EMPENHO Nº **392** FICHA: **580** DATA: **25/05/2021** REQUISIÇÃO Nº:

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

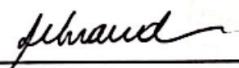
NOME: **2293 NAYARA CRISTINA SILVA SANTOS ARRUDA** CPF / CNPJ **073.961.614-52** Agência **0870-2** Conta nº **14.929-2**  
ENDEREÇO: **SALQUEIRO, N.S/N** BAIRRO: **SALQUEIRO** PE

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

DOTAÇÃO	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTE EMPENHO	SALDO ATUAL
15.000,00	1.890,00	540,00	12.570,00

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO	VALOR TOTAL
VALOR AO CREDOR PARA CUSTEIO COM AS DESPESAS DE VIAGEM PARA A CIDADE DO RECIFE, PARA TRATAR ASSUNTOS PERTINENTES A ORGANIZAÇÃO, ADMINISTRAÇÃO E RECEBIMENTO DE MOBILIÁRIOS DA NOVA CASA DE APOIO, QUE ATENDERÁ AO PROGRAMA DO TFD, CONFORME CI 337/2021	

Centro de Custo	VALOR EMPENHADO
	<b>540,00</b>

AUTORIZAÇÃO	ATESTO	CONTABILIZAÇÃO
 _____ PREFEITO OU SECRETARIO(A)	_____ ATESTADO	_____ EMITIDO POR

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

Empenho Valor R\$ **540,00**

Pague-se a quantia de R\$ **540,00**  
quinhentos e quarenta reais

**ORDEM DE PAGAMENTO Nº \_\_\_\_\_**

BANCO	CONTA	CHEQUE	VALOR

**RECIBO**  
RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTE EMPENHO,  
EM \_\_\_\_\_

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