

NOTA DE EMPENHO

Número: 001538/2016

Espécie: Ordinário

Data: 17/03/2016 Vencimento: / /

Caract.Pec: 000

Nro.Requisição/Oc:

Nro Convênio:

Identificação do Fornecedor

Nome: 0000002339 NEI J. PIRES DE BRUM

Cnpj/Cpf: 524.980.850-68

Endereço: RUA IDELFONSO VIEIRA DE OLIVEIRA

Cidade: SAO NICOLAU

RS

Banco: Banco: 000 Ag: 00682- Cta:-

Fone:

Despesa

Projeto/Atividade: 10 302 0034 2,039 MANUT. DO SETOR DA SAUDE-ASPS

Elemento Despesa: 3390 14 14 00 000 DIARIAS NO PAIS

Orgão: 06 SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE

VPD: 3.3.2.1.1.01.00.00.00.00

Unidade Orcamentária: 0601 SETOR DA SAUDE

Acesso 534

Histórico do Empenho:

VALOR EMPENHADO NESTA DATA REFERENTE A PAGAMENTO DE MEIA DIÁRIA PARA MOTORISTA A SERVIÇO DA SEC.MUNICIPAL DE SAÚDE, TRANSPORTAR A PACIENTE MARIA VICENTINA VIEIRA NUNES COM ACOMPANHANTE, PARA CLINICA ESPECIALIZADA, AGENDADA PELO SUS EM PASSO FUNDO-RS, CFE REQUISIÇÃO ANEXO..... ASPS

Valor do Empenho

Recurso Vinculado: 0040 ASPS

(*****101,39)

Valor por Extensão do Empenho

CENTO E UM REAIS E TRINTA E NOVE CENTAVOS*****

Autorização empenho

GREICY DA R SOARES

Emit.Empenh

JOSÉ AMADEUS DE MOURA BENITES

Resp.Contabilidade

MARCIA AVILA ADORNO

Secretaria Mun. da Saúde

Fundamentação Legal

Contrato

Tipo de Licitação: Não Aplicável Número:

Controle Orçamentário da Verba Empenhada

Número	Data do Empenho	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Restante
001538/2016	17/03/2016	12.479,15	101,39	12.377,76

Liquidação

Declaro que o material e/ou serviço foi entregue/prestado

em: ____/____/____

Responsável

A despesa correspondente a presente "Nota de Empenho" está de acordo com as disposições legais e conforme para a liquidação.

Em: ____/____/____

Contadoria geral do Município

Ordem de Pagamento

Pague-se ao favorecido o valor acima especificado proveniente desta nota de empenho.

Data: ____/____/____

PREFEITO MUNICIPAL

Banco:

Conta:

Cheque:

Valor:

Recibo

Recebi(emos) da tesouraria a importância líquida processada de *****101.39 constante desta nota de empenho, da qual passo(amos) a presente quitação.

Data: ____/____/____

Fornecedor

Autenticação