



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE MODELO MUNICIPIO DE MODELO

Santa Catarina
Rua do Comércio, 1304, Centro
C.E.P: 89.872-000
C.N.P.J: 11.511.812/0001-18
Fone: (49) 3365-3137

NOTA DE EMPENHO
Comum

Nº DO EMPENHO/TIPO 001303/20 Ordinário	RECURSO Orcamentario
--	--------------------------------

08 - FUNDO MUNICIPAL DA SAUDE E DIRETORIA GER
08.01 - FMS - FUNDO MUN.DA SAUDE
10 - Saude
301 - Atencao Basica
0007 - VIDA SAUAVEL - ASSISTENCIA INTEGRAL A
2.280 - SAUDE BUCAL - ACOES/SERV/ESTRAT.-PROG.SORRIDENTE, KIT DENTAL, ATEND.PREV.CU
3.1.90.00 - APLICACOES DIRETAS Principal: 1710
3.1.90.11.01.00 - VENCIMENTOS E SALARIOS Cod. Red.: 01747
Fonte Rec.:0180 - RECURSOS CORONAVIRUS (COVID-19) PORTARI

CREADOR 977 PREFEITURA MUNICIPAL DE MODELO CNPJ: 83.021.832/0001-11
RUA DO COMERCIO 1304 CENTRO MODELO SC
Banco: Agencia: Conta: **FONE**


LICITAÇÃO Nao se Aplica	NUMERO	SOLICITAÇÃO	PROC. COMPRA	EMIÇÃO 24.09.20	VENCIMENTO 24.09.20
-----------------------------------	---------------	--------------------	---------------------	---------------------------	-------------------------------

VALOR ORÇADO 50.000,00	SALDO ANTERIOR 50.000,00	VALOR DO EMPENHO 15.310,05	SALDO ATUAL 34.689,95
----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------

ESPECIFICAÇÃO
VALOR RELATIVO A FOLHA DE PAGAMENTO SERVIDORES MUNICIPAIS REFERENTE AO MES DE SETEMBRO DE 2020.



TOTAL	15.310,05
--------------	-----------

VALOR POR EXTENSO
quinze mil trezentos e dez reais e cinco centavos*****

 RESPONSÁVEL / EMPENHO	 ORDENADOR DA DESPESA	 CONTADOR
--	---	---

Liquidação

Declaro que o material/serviço foi fornecido/prestado  Responsável Data: / /

<p>CEF. 624.082-4</p>  TESOURARIA	<p>ORDEM DE PAGAMENTO</p> <p>DATA <u>24/09/20</u></p>  RESPONSÁVEL
---	--

RECIBO

DECLARO(AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA GUIA DE PAGAMENTO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO, E PELA QUAL DOU(AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO.

DOC.Nº _____ / _____ / _____ ASSINATURA