

Data e hora da consulta: [REDACTED]
Usuário: ***[REDACTED]**
Impressão Completa

Nota de Empenho

UG Emitente

Código	Nome	Moeda
120632	GRUPAMENTO DE APOIO DE RECIFE	REAL - (R\$)
CNPJ	Endereço	CEP
00.394.429/0193-91	AV ARMINDO MOURA Nº 500 BOA VIAGEM	51130-180
Município	UF	Telefone
RECIFE	PE	(81) 2129-7000

Ano	Tipo	Número
[REDACTED]	NE	[REDACTED]

Célula Orçamentária

Esfera	PTRES	Fonte de Recurso	Natureza da Despesa	UGR	Plano Interno
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Data de Emissão	Tipo	Processo	Taxa de Câmbio	Valor
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Favorecido

Código	Nome	CEP
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Endereço		
[REDACTED]		
Município	UF	Telefone
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Amparo Legal

Código	Modalidade de Licitação				
[REDACTED]	[REDACTED]				
Ato Normativo	Artigo	Parágrafo	Inciso	Alínea	
[REDACTED]	[REDACTED]	-	-	-	

Descrição

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Local da Entrega

[REDACTED]

Informação Complementar

[REDACTED] - UASG Minuta: 120632

Sistema de Origem

COMPRASNET-ME

Data e hora da consulta: [REDACTED]
Usuário: ***[REDACTED]**
Impressão Completa

Nota de Empenho

Lista de Itens

Natureza de Despesa [REDACTED] **Total da Lista** [REDACTED]

Subelemento

Seq.	Descrição	Valor do Item
------	-----------	---------------

001

Data	Operação	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
------	----------	------------	----------------	-------------

Assinaturas

Ordenador de Despesa

[REDACTED]
***[REDACTED]**
[REDACTED]

Responsável pela Nota de Empenho

[REDACTED]
***[REDACTED]**
[REDACTED]

<div>GRUPAMENTO DE APOIO DE RECIFE AV. ARMINDO MOURA BOA VIAGEM RECIFE - PERNAMBUCO CEP: 51130180 TELEFONE: 8121297000 FAX: CNPJ: 00394429019391</div> <div>Status: APROVADO</div>											
FORNECEDOR [REDACTED] CNPJ: [REDACTED] [REDACTED] TEL.: [REDACTED] FAX: [REDACTED]				LOCAL DE ENTREGA SEGUNDO EDITAL DE LICITAÇÃO				EMPENHO DE DESPESA IDENTIFICADOR [REDACTED] v. 1 Empenho [REDACTED] DATA NE [REDACTED]			
DADOS BANCÁRIOS FORNECEDOR Bco: [REDACTED] Ag: [REDACTED] Conta: [REDACTED]				TERMO PAGAMENTO DENTRO DE 30 DIAS APÓS O RECEBIMENTO DA FATURA ORIGINAL DO BEM							
ITEM	REQUISIÇÃO	SUB	PAM/S	DESCRIÇÃO	DPE	PROC LIC	EMIÇÃO	QUANT	UNID	PRC UNITARIO	PRC TOTAL
1	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	UN	[REDACTED]	[REDACTED]
PAG: [REDACTED] Contrato: [REDACTED] I/L: [REDACTED] LIC: Pregão P. SIASG : [REDACTED] UG Cre [REDACTED] CODEMP: [REDACTED] PTRES: [REDACTED] FONTE: [REDACTED] PI: [REDACTED] ND [REDACTED] NE: [REDACTED] Emp Desp [REDACTED] VL: [REDACTED] Valor Final OC: [REDACTED]				É MANDATÓRIO EMITIR NOTA FISCAL EXCLUSIVA PARA ESTE IDENTIFICADOR, FAZENDO REFERÊNCIA À(S) REQUISIÇÃO(ÕES) CORRESPONDENTE (S)						TOTAL NE: [REDACTED] TOTAL FINAL OC: [REDACTED]	
OBS: [REDACTED]											
[REDACTED] Ordenador de Despesas				[REDACTED] Agente de Controle Interno				[REDACTED] Gestor de Licitações			

