

NOTA DE EMPENHO ORDINÁRIO

PREFEITURA MUNICIPAL CAMPOS GERAIS

Minas Gerais

C.N.P.J.: 18.245.175/0001-24

Rua NOSSA SENHORA DO CARMO, 131, CENTRO, Campos Gerais, MG

EO

2035

08/04/2024

Ficha: 000519

Página: 1/1

Tipo empenho: Ordinário

PROCESSO:

AF-1087/2024

CREDOR:

6177

FERNANDO DOS REIS FERREIRA CIA LTDA

Endereço: AV.GETULIO VARGAS, 700

Cidade: Campos Gerais

UF: MG

C.N.P.J.: 08.690.199/0001-39

Inscr.Est./Ident.Prof.: 0010296730009

Banco:

Agência:

Fone:

Conta Corrente:

Fax:

DOTAÇÃO:

Órgão: 08

- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Unidade: 08.03

- VIGILÂNCIA EM SAUDE

Funcional: 10.304.0258

- PISO FIXO DE VIGILANCIA SANITARIA

Projeto/Atividade: 4.143

- ACOES ESTRUTURANTES DA VIGILANCIA SANITARIA

Elemento: 3.3.90.30.99000000

- Outros Materiais de Consumo

Fonte de Recurso: 2621 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Estadual

Cód. Detalhamento: 000000 - Sem detalhamento das destinações de recursos

SALDOS:

Ficha: 000519

Dotação Inicial: 0,00

Empenhos anteriores : 98,00

Suplementações: 110.542,80

Valor do empenho : 9.175,00

Anulações: 0,00

Valor Anulado: 0,00

Total (A) : 110.542,80

Total (B) : 9.273,00

Saldo Atual (A - B) : 101.269,80

IMPORTÂNCIA:

Valor Bruto: 9.175,00

Descontos: 0,00

Valor Líquido: 9.175,00

ESPECIFICAÇÃO:

PELO FORNECIMENTO DE 2.000 UN DE PILHA AA, 5.000 UN DE PILHA AAA, 10 BATERIA DE 9V E 50 PILHA C,DESTINADAS AO FUNCIONAMENTO DOS DIVERSOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE. REQUISITADOS PELA SRA IVONE ARAÚJO NAVES PEREIRA (Compra Direta Nº 51/2024)

EZEQUIEL MARQUES

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Ordenador da Despesa

CATIA SILVERIA DOS SANTOS

RESPONSAVEL TECNICO- CRC MG 060076/0-1

Responsável Técnico

LIQUIDAÇÃO: Nº:

Atesto a liquidação desta despesa (Artigo 63 da Lei Federal 4320/64)

ORDEM DE PAGAMENTO Nº:

Autorizo o pagamento desta despesa (Artigo 64 da Lei Federal 4320/64)

Responsável Liquidante

DATA :

CLAYTON JOSE RIBEIRO

TESOUREIRO

DATA: ____/____/____

RECIBO:

Recebi o valor desta despesa, da qual dou plena quitação: 9.175,00 (nove mil cento e setenta e cinco reais)

ASS.

DATA: ____/____/____

NOME

DOCUMENTO

BANCO / CHEQUE / DOCUMENTO

ORDEM DE PAGAMENTO

FONTE: