



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE AUGUSTO PESTANA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS**

CNPJ: 87.613.246/0001-17  
CEP: 98740-000  
FONE:(55) 3334-4900 - FAX (55) 3334-4921

# NOTA DE EMPENHO

FONTE 1010 APOIO PORTADORES DE DEFICIENCIA ORGO 10 SECRETARIA MUN. DE SAUDE E ASSIS DOTAÇÃO 0824201030.011000.335043.00.00.00	TIPO DE EMPENHO 000173/2018 Global UNIDADE ORÇAMENTARIA 02FUNDO DE ASSISTENCIA SOCIAL Nº DA LOMIA 261	RECURSO Orcamentario
--	--	-------------------------

CREDOR 394 ASSOC.DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCION. CNPJ/CPF 90.164.476/0001-50	041 119-83 60064340-7 FONE 5.726-6 SAS	CIDADE AUGUSTO PESTANA
---	--	---------------------------

LICITAÇÃO Inexigibilidade	NUMERO 2	SOLICITAÇÃO 28	PROC.COMPRO 05.01.2018	EMISSÃO 31.12.2018
------------------------------	-------------	-------------------	---------------------------	-----------------------

ITEM	QUANTIDADE	UNID	ESPECIFICAÇÃO	VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	1,0000	UN	SUBVENCAO SOCIAL CONFORME TERMO DE PARCERIA. TERMO DE PARCIA COM A ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS	12.300,00	12.300,00	12.162,00	12.162,0000	12.162,00
<b>Total de Retencoes.:</b>								138,00

LOCAL DA ENTREGA: _____	<b>TOTAL GERAL</b> 12.162,00
----------------------------	---------------------------------

<b>CONTADORIA GERAL</b>  _____ Empenhado  _____ Conferido	<b>PAGUE-SE</b>  Em ____/____/____  _____ Ordenador de Despesa	<b>TESOURARIA</b>  DOCUMENTO Nº _____ CHEQUE Nº _____ BANCO _____ DATA ____/____/____  _____ TESOURARIA
---	---	---

**RECEBI(EMOS) DA TESOURARIA MUNICIPAL A IMPORTÂNCIA ABAIXO ESPECIFICADA, REFERENTE A:**

<input type="checkbox"/> Parte do Valor Empenhado R\$ _____ Em ____/____/____ _____ Credor	<input type="checkbox"/> Saldo/Total Empenhado R\$ _____ Em ____/____/____ _____ Credor
--	---

**Anotações:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE AUGUSTO PESTANA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS**

CNPJ: 87.613.246/0001-17  
CEP: 98740-000  
FONE:(55) 3334-4900 - FAX (55) 3334-4921

# NOTA DE EMPENHO

FONTE 1010 APOIO PORTADORES DE DEFICIENCIA ORGO 10 SECRETARIA MUN. DE SAUDE E ASSIS DOTAÇÃO 0824201030.011000.335043.00.00.00 SUBVENCOES SOCIAIS	TIPO DE EMPENHO 000173/2018 Global UNIDADE ORÇAMENTARIA 02FUNDO DE ASSISTENCIA SOCIAL	RECURSO Orcamentario Nº DA LOMIA 261
---	--	---

CREDOR 394 ASSOC.DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCION. CNPJ/CPF 90.164.476/0001-50	041 119-83 60064340-7 FONE 5.726-6 SAS	CIDADE AUGUSTO PESTANA
---	--	---------------------------

LICITAÇÃO Inexigibilidade	NUMERO 2	SOLICITAÇÃO 28	PROC.COMPR 05.01.2018	EMISSÃO 31.12.2018
------------------------------	-------------	-------------------	--------------------------	-----------------------

ITEM	QUANTIDADE	UNID	ESPECIFICAÇÃO	VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	1,0000	UN	SUBVENCAO SOCIAL CONFORME TERMO DE PARCERIA. TERMO DE PARCIA COM A ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS	12.300,00	12.300,00	12.162,00	12.162,0000	12.162,00
<b>Total de Retencoes.:</b>								138,00

LOCAL DA ENTREGA: _____	<b>TOTAL GERAL</b> 12.162,00
----------------------------	---------------------------------

<b>CONTADORIA GERAL</b>  _____ Empenhado  _____ Conferido	<b>PAGUE-SE</b>  Em ____/____/____  _____ Ordenador de Despesa	<b>TESOURARIA</b>  DOCUMENTO Nº _____ CHEQUE Nº _____ BANCO _____ DATA ____/____/____  _____ TESOURARIA
---	---	---

**RECEBI(EMOS) DA TESOURARIA MUNICIPAL A IMPORTÂNCIA ABAIXO ESPECIFICADA, REFERENTE A:**

<input type="checkbox"/> Parte do Valor Empenhado R\$ _____ Em ____/____/____  _____ Credor	<input type="checkbox"/> Saldo/Total Empenhado R\$ _____ Em ____/____/____  _____ Credor
--	---

**Anotações:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_