



Prefeitura Municipal de Assis

Av. Rui Barbosa, 926
46179941/0001-35

NOTA DE EMPENHO

10657 / 2024

| | | | |
|---------------------------------|-----------|------------------|----------------|
| NOTA DE EMPENHO Nº 10657 | FICHA: 86 | DATA: 02/05/2024 | REQUISIÇÃO Nº: |
|---------------------------------|-----------|------------------|----------------|

| | | |
|---------------------|------------|------------------------|
| LICITAÇÃO: DISPENSA | DOCUMENTO: | VENCIMENTO: 07/05/2024 |
|---------------------|------------|------------------------|

| | | |
|---|------------------------|--------------|
| NOME: COMUNIDADE TERAP. P/FARMACO DEP. MONTE SIAO | 03.731.576/0001-17 | CÓDIGO: 4344 |
| ENDEREÇO: AV. GETULIO VARGAS | NUMERO: BAIRRO: CENTRO | ASSIS |
| BANCO: 001 AGENCIA: 6570-6 CONTA: 00001653-5 | | |

| Fonte de Recurso | DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO | VALOR TOTAL |
|----------------------------------|--|--|
| 08 EMENDAS PARL. INDIVIDUAIS/LEC | O PRESENTE TERMO DE FOMENTO NRº17/2024 TEM POR OBJETO, COMPLEMENTACAO AO CUSTEIO E MANUTENCAO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA INSTITUICAO. | Bruto 10.000,00 Desconto 0,00 |
| 100 GERAL TOTAL | | |
| 119 EMENDA VER. ALEXANDRE CACHI | | |

OR - Ordinário **LÍQUIDO 10.000,00**

| CÓDIGO | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA |
|---|--|
| 02 02 02 01 3.3.50.43.00 04.122.0003.1696.0000 | PODER EXECUTIVO GABINETE SUBVENÇÕES SOCIAIS COMUNIDADE TERAPÉUTICA PARA FARMACO DEPENDENTES MONTE SIÃO - CREMOS |

| DOTAÇÃO | EMPENHADO ATÉ A DATA | VALOR DESTA EMPENHO | SALDO ATUAL |
|-----------|----------------------|---------------------|-------------|
| 10.000,00 | 0,00 | 10.000,00 | 0,00 |

VALOR A SER PAGO R\$ 10.000,00
dez mil reais *****

| | |
|-----------|--|
| DESCONTOS | |
|-----------|--|

TOTAL DE DESCONTOS 0,00

A DESPESA REFERENTE A ESTE EMPENHO, FOI DEVIDAMENTE PROCESSADA, ENCONTRANDO-SE EM ORDEM PARA PAGAMENTO.

02/05/2024 _____
DATA Assinatura do Emitente Assinatura do Contador

DECLARO QUE A DESPESA ATENDE AO DISPOSTO NOS PARÁGRAFOS 1º E 2º DO ARTIGO 63 DA LEI Nº 4.320/64.

03/05/2024 _____
DATA Assinatura

ORDEM DE PAGAMENTO: _____
DATA PAGUE-SE A IMPORTÂNCIA ACIMA PROCESSADA Assinatura do Secretário

DESPESA PAGA EM

CHEQUE Nº : _____
BANCO : _____
CONVENIO : _____
Tesoureiro

RECIBO DECLARO, PARA OS DEVIDOS FINS, TER RECEBIDO IMPORTANCIA DE: R\$ **10.000,00**
dez mil reais *****

_____ NOME: _____
ASSINATURA CNPJ/CPF: _____ DATA: __/__/__