



**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE MODELO**  
**MUNICIPIO DE MODELO**

Santa Catarina  
 Rua de 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

<b>NUM DO EMPENHO/TIPO</b> 001632/20 Ordinário	<b>RECURSO</b> Orcamentario
---	--------------------------------

08 - FUNDO MUNICIPAL DA SAUDE E DIRETORIA GER  
 08.01 - FMS - FUNDO MUN. DA SAUDE  
 10 - Saude  
 301 - Atencao Basica  
 0007 - VIDA SAUVAVEL - ASSISTENCIA INTEGRAL A  
 2.292 - ACAO/SERVICOS/ESTRATEGIA PROGRAMA SAUDE DA FAMILIA - MANUTENCAO E AMPLIACA  
 3.1.90.00 - APLICACOES DIRETA  
 3.1.90.11.01.00 - VENCIMENTOS E SALARIOS  
 Fonte Rec.: 0180 - RECURSOS CORONAVIRUS (COVID-19) PORTARI  
 Principal: 1711  
 Cod. Red.: 01748

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

<b>LICITAÇÃO</b> Nao se Aplica	<b>NUMERO</b>	<b>SOLICITAÇÃO</b>	<b>PROC. COMPRA</b>	<b>EMISSÃO</b> 23.11.20	<b>VENCIMENTO</b> 23.11.20
<b>VALOR ORÇADO</b> 197.238,00	<b>SALDO ANTERIOR</b> 113.830,99	<b>VALOR DO EMPENHO</b> 38.253,80		<b>SALDO ATUAL</b> 75.577,19	

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

**TOTAL** 38.253,80

**VALOR POR EXTENSO**  
 trinta e oito mil duzentos e cinquenta e tres reais e oitenta centavos  
 \*\*\*\*\*

RESPONSÁVEL EMPENHO \_\_\_\_\_  
 ORDENADOR DA DESPESA \_\_\_\_\_  
 CONTADOR \_\_\_\_\_

**Liquidação**

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

FUNDO MUN. DA SAÚDE  
 Caixa Econômica  
 C/C 624.082-4

TESSOURARIA \_\_\_\_\_

**ORDEM DE PAGAMENTO**

DATA 24/11/20

RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_

**RECIBO**

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

DOC N° \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_