

Estado da Paraíba

Fundo Municipal de Saúde de Cajazeiras

C.N.P.J.: 11.902.878/0001-39

JOSÉ MOREIRA DE FIGUEIREDO

ABRIL/2022

Pagamento Orçamentário

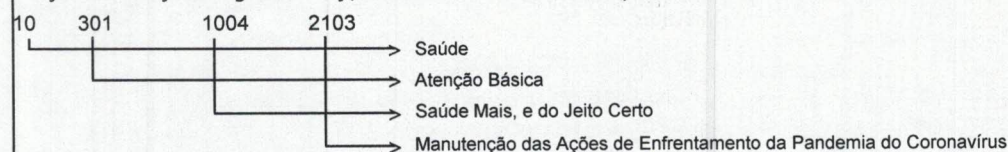
UNIDADE ORÇAMENTARIA		Número	Parc.	DATA
Unidade Emitente	02130 Fundo Municipal de Saúde	00568	00002	27/04/2022
Unidade Orçamentária	02130 Fundo Municipal de Saúde	VALOR :		R\$ 1.660,00

CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA

Tipo de Crédito	0 - Orçamentário 1 - Especial 2 - Extraordinário	Credito	Especial / Extraordinário	Recursos não Vinculados de Impostos - A	Modalidade	0 - Ordinário 1 - Estimativo 2 - Global
	0				2	

PROGRAMA DE TRABALHO

FunçãoSub-Função: Programa: Proj./Atividade : Natureza da Despesa : 339039 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA



Fonte de Recurso/CO : 15001002 Recursos não Vinculados de Impostos - A

CREDOR

Nome: DALTON PEDROSA ROCHA	C.N.P.J.: 29.207.437/0001-82			
Endereço: RUA ENGENHEIRO COELHO SOBRINHO, N° 129	Bairro:			
Cidade: Cajazeiras	UF: PB	CEP: 58.900-000	Telefone:	Fax: () -

HISTÓRICO

VALOR QUE SE EMPENHA REFERENTE AOS SERVIÇOS DE DIVULGAÇÃO DE SOM E PUBLICIDADE (120 HORAS DE DIVULGAÇÃO EM CARRO DE SOM) PARA CAMPANHA DE CONSCIENTIZAÇÃO ORIENTAÇÃO AOS CUIDADOS E PREVENÇÃO COM O NOVO CORONAVÍRUS, CONFORME AUTORIZAÇÃO DE COMPRA N° 143/2022.

DOCUMENTOS FINANCEIRO VINCULADOS	RETENÇÕES VINCULADAS													
Tipo de Movimento Débito Bancário	Nº. Doc.	-	Descrição	-	Valor									
CONTA DEBITADA	886		EMPREENDER		R\$ 73,20									
336 28.117-4 RECURSOS PROPRIOS 15% EC 29														
Doc. Bancário:														
DADOS DA CONTA DO CREDOR	<table border="1"> <tr> <td>VALOR BRUTO</td> <td>: R\$</td> <td>1.660,00</td> </tr> <tr> <td>DESCONTOS</td> <td>: R\$</td> <td>73,20</td> </tr> <tr> <td>VALOR LIQUIDO</td> <td>: R\$</td> <td>1.586,80</td> </tr> </table>					VALOR BRUTO	: R\$	1.660,00	DESCONTOS	: R\$	73,20	VALOR LIQUIDO	: R\$	1.586,80
VALOR BRUTO	: R\$	1.660,00												
DESCONTOS	: R\$	73,20												
VALOR LIQUIDO	: R\$	1.586,80												
Banco.:														
Agencia.:														
Conta C.:														

Assinaturas	Ordeno o Pagamento	Autorizo o Pagamento	Atesto a Baixa da Despesa
	_____	_____	_____
	MYCHELLE DANTAS DE ALMEIDA NOLETO	Secretário(a)/Responsável	Tesoureiro(a)
	SECRETÁRIA DE SAÚDE		