

N O T A D E P A G A M E N T O



NOTA DE PAGAMENTO Nr:2020050000094
NUMERO DO PROCESSO.:052600192020000
NUMERO CONVENIO.....0000000000000000
ORCAMENTO DE 2020

ORGAO:	11	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
UNIDADE ORCAMENTARIA:	0100	Fundo Municipal de Saude
FUNCAO:	10	SAUDE
SUB-FUNCAO:	302	ASSISTENCIA HOSPITALAR E AMBUL
PROGRAMA:	0001	Saude de Qualidade para Todos
PROJETO/ATIV./OP.ESPECIAL:	3.003	MANUTENCAO DO BLOCO DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE A
NATUREZA DESPESA:	3.3.1.9.0.04.00.00.00.0000	Contratacao por tempo determinado
DESDOB.DA DESPESA:	3.3.1.9.0.04.99.00.00.0000	Outras Contratacoes por Tempo
FONTE DE RECURSO:	0400.00.000	

DADOS DO CREDOR / FORNECEDOR

C.P.F./C.N.P.J.: 11111111111
CREDOR: FOLHA DE PESSOAL
ENDERECO: CACIMBINHAS
CIDADE: CACIMBINHAS
ESTADO: AL
CEP: 57570-000
TELEFONE: 00-0000-0000
FAX:
INSC. ESTADUAL:
INSC. MUNICIPAL:
REGISTRO.....: 3

Data Pagamento: 29/05/2020

Valor Pago:

17.288,71

Outros:
Numero: 006.053
Autorizacao Doc.:
Modelo:
Data: 26/05/2020

DEZESETE MIL, DUZENTOS E OITENTA E OITO REAIS E SETENTA E UM CENTAVOS

VALOR LIQUIDO / RETENCOES

Valor Liquido:	15.974,04	1.314,67
INSS - REGIME GERAL		
Banco : 001		
Agencia: 12807		
Numero Conta: 9931-7		
Conta : FMS CUSTEIO SUS		
Documento:006.053		

CACIMBINHAS, 29/05/2020

Responsavel Pagamento

Responsavel Emissao Nota de Pagamento