

MATO GROSSO

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO MATO GROSSO

Relação de Empenhos Emitidos

Período de 01/01/2016 até 31/12/2016

Empenho	Tipo	Processo	Nº da AF/Ano	Data	Vir. Empenho	Anulado	Liquidado	Pago	A pagar	Conta	Funcional	Recurso	Pro/At	Dot.	Elemento	Credor/Contrato de Dívida
Entidade: 1 - CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO MATO GROSSO																
232	O			22/03	1.320,00	0,00	1.320,00	1.320,00	0,00	50061	04.122.0001	0000	2.003	29	3.3.90.14.02.00.00.00	597 - GRASSIELE DELISE
																PELA DESPESA EMPENHADA REFERENTE 5,5 DIARIAS ATIVIDADES PERTINENTES AO CONSELHO NA CIDADE DE TANGARÁ DA SERRA NO PERÍODO DE 27/03/2016 a 01/04/2016
				Total do Dia:	1.320,00	0,00	1.320,00	1.320,00	0,00							
274	O			04/04	240,00	0,00	240,00	240,00	0,00	50061	04.122.0001	0000	2.003	29	3.3.90.14.02.00.00.00	597 - GRASSIELE DELISE
																PELA DESPESA EMPENHADA REFERENTE 01 DIARIA - ATENDIMENTO EM JUINA - PERÍODO DE 28/03 A 01/04/2016
				Total do Dia:	240,00	0,00	240,00	240,00	0,00							
731	O			14/10	400,00	0,00	400,00	400,00	0,00	50061	04.122.0001	0000	2.003	29	3.3.90.14.02.00.00.00	592 - DAIANE LAURENTINO SILVA
																PELA DESPESA EMPENHADA REFERENTE AJUDA DE CUSTO PARA PARTICIPAR DO 19º CBCENF EM CUIABA/MT
732	O			14/10	400,00	0,00	400,00	400,00	0,00	50061	04.122.0001	0000	2.003	29	3.3.90.14.02.00.00.00	597 - GRASSIELE DELISE
																PELA DESPESA EMPENHADA REFERENTE AJUDA DE CUSTO PARA PARTICIPAR DO 19º CBCENF EM CUIABA/MT
733	O			14/10	400,00	0,00	400,00	400,00	0,00	50061	04.122.0001	0000	2.003	29	3.3.90.14.02.00.00.00	599 - JUSCINEI GOMES DE OLIVEIRA
																PELA DESPESA EMPENHADA REFERENTE AJUDA DE CUSTO PARA PARTICIPAR DO 19º CBCENF EM CUIABA/MT
734	O			14/10	400,00	0,00	400,00	400,00	0,00	50061	04.122.0001	0000	2.003	29	3.3.90.14.02.00.00.00	600 - KELLY CRISTINA PROCOPIO
																PELA DESPESA EMPENHADA REFERENTE AJUDA DE CUSTO PARA PARTICIPAR DO 19º CBCENF EM CUIABA/MT

MATO GROSSO
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO MATO GROSSO

Relação de Empenhos Emitidos

Período de 01/01/2016 até 31/12/2016

Empenho	Tipo	Processo	Nº da AF/Ano	Data	Vlr. Empenho	Anulado	Liquidado	Pago	A pagar	Conta	Funcional	Recurso	Pro/At	Dot.	Elemento	Credor/Contrato de Dívida
---------	------	----------	--------------	------	--------------	---------	-----------	------	---------	-------	-----------	---------	--------	------	----------	---------------------------

Entidade: 1 - CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO MATO GROSSO

735	O			14/10	400,00	0,00	400,00	400,00	0,00	50061	04.122.0001	0000	2.003	29	3.3.90.14.02.00.00.00	601 - LUCILA ROSA DA SILVA
PELA DESPESA EMPENHADA REFERENTE AJUDA DE CUSTO PARA PARTICIPAR DO 19º CBCENF EM CUIABA/MT																

Total do Dia:	2.000,00	0,00	2.000,00	2.000,00	0,00	
Total da Entidade:	3.560,00	0,00	3.560,00	3.560,00	0,00	
Total do Período:	3.560,00	0,00	3.560,00	3.560,00	0,00	