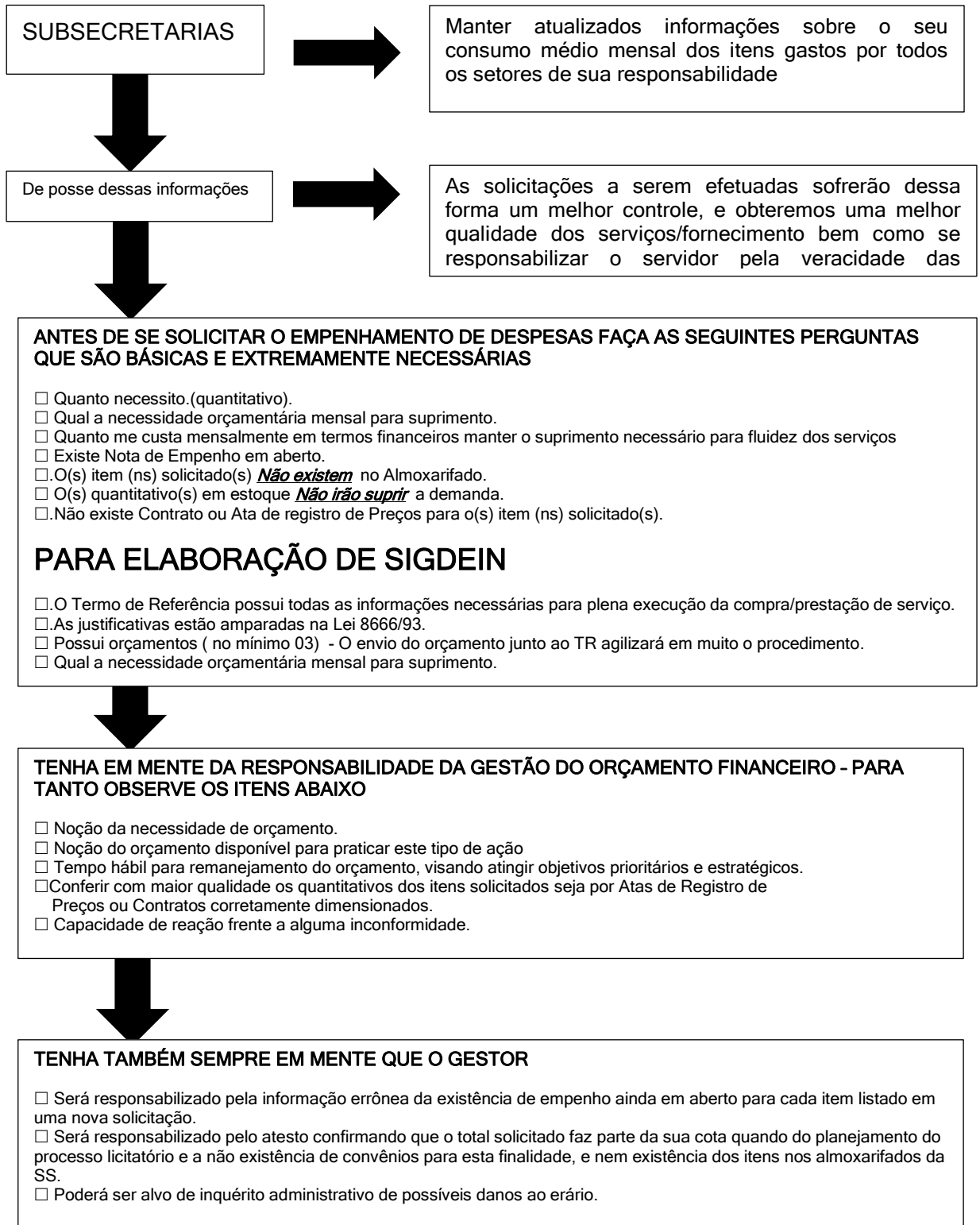




DES/SSAF/SS

Data: ____/____/201__

NOÇÕES BÁSICAS QUE CADA SUBSECRETARIA NECESSITAM PARA SOLICITAR EMPENHAMENTO DE DESPESAS



O questionário e a solicitação deverão ser impressos frente e verso, ou seja, em 1 única folha.



SOLICITAÇÃO DE EMPENHAMENTO DE DESPESA

DES/SSAF/SS

Data: ____/____/201__

Ao DES/Solicito providências com relação ao empenhamento da despesa conforme especificado abaixo:

CONHECIMENTO DA AÇÃO A SER PRATICADA		
EXISTE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
EXISTE CONTRATO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
EXISTE ORÇAMENTO DISPONÍVEL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
EXISTE RECURSO FINANCEIRO NA FONTE SOLICITADA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

(assinale com x a opção)

ESCLARECIMENTOS SOBRE A AÇÃO A SER PRATICADA		
AS QUANTIDADES SOLICITADAS SÃO PARA ATENDER A DEMANDA PARA QUANTOS MESES _____	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
ATUAL CONSUMO MÉDIO DE CADA ITEM LISTADO _____	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
PREÇO UNITÁRIO E TOTAL DE CADA ITEM LISTADO E O TOTAL GLOBAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
EXISTE RECURSO FINANCEIRO NA FONTE SOLICITADA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

(assinale com x a opção)

ATESTO		
ATESTO QUE EXISTE ORÇAMENTO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
ATESTO QUE NÃO POSSUO OUTRA FONTE DE RECURSO (Quando solicitado empenhamento no recurso do Tesouro)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
ATESTO SER CONHECEDOR DAS QUANTIDADES DE CADA ITEM DISPONÍVEL EM NOSSOS ALMOXARIFADOS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
ATESTO SER RESPONSÁVEL PELA VERACIDADE DE TODAS AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
ATESTO NÃO POSSUIR NOTA DE EMPENHO EM ABERTO PARA O ITEM SOLICITADO.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

(assinale com x a opção)

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	
PROGRAMA DE TRABALHO:	
FUNCIONAL PROGRAMÁTICA:	
NATUREZA DESPESA:	
SUBITEM	
FONTE DE RECURSO	

A não assinatura do Subsecretário ocorrerá em devolução da solicitação.

Em ____/____/2013.

(carimbo e assinatura do setor solicitante c/ visto do Subsecretário responsável)

(assinatura e carimbo do Subsecretário da pasta)

Ao SEOF/DOFIC/SSOF/SS.

FACE AS INFORMAÇÕES SUPRA, PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS.

Em ____/____/2013.

(carimbo e assinatura da DES/SSEIN/SS)