ANEXO I

Indicação de possíveis despesas sem a devida cobertura orçamentária (sem emissão de empenho ou insuficiência de empenho)

Art. 10, Decreto n° 3755-R/2015

UG: SECONT					
Fonte:	**Nº Contrato (se for o caso)**	**Objeto**	**Totalidade dos serviços executados até 31/12/2014 (medidos ou não, previstos ou não em contratos)**	**Totalidade dos valores empenhados até 31/12/2014**	**Valores de despesa sem empenho**
Caixa Tesouro		Ressarcimento de Pessoal Requisitado/ Convenio Com o Tribunal de Contas	1.456,42		1.456,42
TOTAL			**1.456,42**	**-**	**1.456,42**

Data: ___ / ___ / _____
Responsáveis pelas informações:

_____
Chefe do GFS ou equivalente

_____
Chefe do GPO ou equivalente

_____
Fiscal do Contrato