



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL

08888968000108

ARROJADO LISBOA, S/N CENTRO PRINCESA ISABEL-PB CEP:58755-000

FONE: (83) 3427-2231

DESPESA EXTRA-ORÇAMENTÁRIA

Número: 1112007	Data de Emissão: 12/11/2021	Código: 65 - Salário Maternidade - FUS	
Credor: 81 - SMS - ENFRENTAMENTO A COVID		Tipo: 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento <input checked="" type="checkbox"/> 3	CNPJ/CPF: Folha
Endereço:		Complemento:	
Bairro:	Cidade / UF:		CEP:

Especificação da Despesa: PAGAMENTO REFERENTE AO SALÁRIO MATERNIDADE DA FOLHA 81 - ENFRENTAMENTO A COVID, RELATIVO AO MÊS DE OUTUBRO DE 2021. CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.	Dados do Resto a Pagar:
	Ano:
	Número do Empenho:
	Parcela:

Retenções:

Valor Bruto: 3.742,00	Total das Deduções: 0,00	Valor Líquido: 3.742,00
---------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

Banco: BANCO DO BRASIL S.A.
Conta: Agência: 867-2 C/C: 24666-2 PMPI - CUSTEIO REC SUS
Nº do Cheque: SALMATER

Ass. Ordenador de Despesas: em: 12/11/2021 	Liquidação: em: ____/____/____ Ass.	Pague-se em: ____/____/____ Ass.	Tesoureiro: em: ____/____/____ Ass.
---	---	--	---

Recibo

Recebi a importância de R\$ 3.742,00 (Três Mil e Setecentos e Quarenta e Dois Reais), referentes ao pagamento das despesas constantes desta nota extra-orçamentária.

PRINCESA ISABEL/PB, ____ de ____ de ____

NÚMERO DO R.G.

81 - SMS - ENFRENTAMENTO A COVID



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL

08888968000108

ARROJADO LISBOA, S/N CENTRO PRINCESA ISABEL-PB CEP:58755-000

FONE: (83) 3427-2231

DESPESA EXTRA-ORÇAMENTÁRIA

Número: 1112004	Data de Emissão: 12/11/2021	Código: 50 - SALARIO FAMILIA - SAUDE	
Credor: 81 - SMS - ENFRENTAMENTO A COVID		Tipo: 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento 3	CNPJ/CPF: Folha
Endereço:		Complemento:	
Bairro:	Cidade / UF:	CEP:	

Especificação da Despesa: PAGAMENTO REFERENTE AO SALARIO FAMILIA DA FOLHA 81 - SMS ENFRENTAMENTO A COVID, REFERENTE AO MÊS DE OUTUBRO DE 2021. CONFORME DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO.	Dados do Resto a Pagar
	Ano:
	Número do Empenho:
	Parcela:

Retenções:

Valor Bruto: 102,54	Total das Deduções: 0,00	Valor Líquido: 102,54
-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Banco: BANCO DO BRASIL S.A.
Conta: Agência: 867-2 C/C: 24666-2 PMPI - CUSTEIO REC SUS
Nº do Cheque: SALFAMIL

Ass. Ordenador de Despesas: em: 12/11/2021 Ass.	Liquidação: em: ____/____/____ Ass.	Pague-se: em: ____/____/____ Ass. _____	Tesoureiro: em: ____/____/____ Ass. _____
---	---	---	---

Recibo

Recebi a importância de R\$ 102,54 (Cento e Dois Reais e Cinquenta e Quatro Centavos), referentes ao pagamento das despesas constantes desta nota extra-orçamentária.

PRINCESA ISABEL/PB, ____ de ____ de ____

NÚMERO DO R.G. _____

81 - SMS - ENFRENTAMENTO A COVID

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL

08888968000108

ARROJADO LISBOA, S/N CENTRO PRINCESA ISABEL-PB CEP:58755-000

FONE: (83) 3427-2231

NOTA DE EMPENHO



Tipo de Crédito: <input type="checkbox"/>	1-Ordinário Suplementar 2-Especial 3-Extraordinário 4-Fundo Especial	Número: 0013705	Data de Emissão: 29/10/2021	Tipo: Ordinário	Anulação Num.:
--	---	---------------------------	--------------------------------	--------------------	----------------

Número da Ficha: 482	Unidade Orçamentária: 0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
--------------------------------	--

Classificação da Despesa: 10 - SAÚDE 301 - ATENÇÃO BÁSICA 4002 - ATENÇÃO BÁSICA 2129 - MANTER AS ATIVIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA - PAB 3.1.90.11.01 - VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - P. CIVIL 214000004 - Transferência de Recursos do SUS para Atenção Básica 097 - PESSOAL VINCULADO AO REGIME GERAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL	Saldo Anterior: 41.839,35 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 41.839,35 Este Empenho: 17.313,20 Saldo da Dotação: 24.526,15
---	---

Credor: 81 - SMS - ENFRENTAMENTO A COVID	Tipo: <input type="checkbox"/> 3	1-Pessoa Física 2-Pessoa Juridica 3-Folha de Pagamento 4-Outros	CNPJ/CPF: 00000000000332
---	-------------------------------------	--	-----------------------------

Endereço:	Complemento:
-----------	--------------

Bairro:	Cidade / UF:	CEP:
---------	--------------	------

Especificação da Despesa:
 VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE AOS VENCIMENTOS E VANTAGENS DOS SERVIDORES MUNICIPAIS LOTADOS NA SEC. MUNICIPAL DE SAÚDE, FOLHA 81 - SMS - ENFRENTAMENTO A COVID, RELATIVO AO MÊS OUTUBRO DE 2021, CONFORME FOLHA ANEXA.

Tipo de Meta: 9 - DESPESA COVID-19	Convênio:	Valor da Despesa: 17.313,20
---------------------------------------	-----------	---------------------------------------

DADOS DA LICITAÇÃO:	
Licitação:	Modalidade: 9-Sem Licitação

Contrato:	Processo:
-----------	-----------

DADOS DA OBRA:			
Código da Obra:	Categoria:	Tipo:	Data de Início:
Fonte de Recurso:			Data Prevista:
Situação:			Data da Conclusão:

Fica empenhada a importância de R\$ 17.313,20 (Dezessete Mil, Trezentos e Treze Reais e Vinte Centavos)

Ass. Ordenador de Despesas: em: 29/10/2021 RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	Deduzida da Dotação: em: 29/10/2021 Ass.	Liquidação: em: ____/____/____ Ass.	Pague-se em: ____/____/____ Ass.
--	--	---	--

> Transferência entre contas diversas**Debitado**

Nome PB 251230 FMS CUSTEIO SUS
Agência 867-2
Conta corrente 24666-2

Creditado

Nome PREF MUN P ISABEL FOPAG
Agência 867-2
Conta corrente 8920-6
Valor 19.460,44
Destinação 52
Data Nesta data

Assinada por JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA 12/11/2021 15:27:31
JD715362 FRANCISCA HENRIQUES 12/11/2021 15:32:19

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.