

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: 0016702	Data de Emissão: 10/12/2021	Tipo: Ordinário	Anulação Num.:
--	---	---------------------------	--------------------------------	--------------------	----------------

Número da Ficha: 704	Unidade Orçamentária: 0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
--------------------------------	--

Classificação da Despesa: 10 - SAÚDE 305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 2048 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA COVID 19 2162 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19 3.3.90.36.01 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FISICA 214 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal - Bloco de Ci 038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA	Saldo Anterior: 568.349,00 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 568.349,00 Este Empenho: 100,00 Saldo da Dotação: 568.249,00
--	---

Credor: MARIA MARCICLEIDE DUARTE LIMA	Tipo: <input type="checkbox"/> 1-Pessoa Física <input type="checkbox"/> 2-Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/> 3-Folha de Pagamento <input type="checkbox"/> 4-Outros	CNPJ/CPF: .688.184-███
--	---	---------------------------

Endereço: IRMÃ FATIMA	Complemento:
--------------------------	--------------

Bairro: MADRE CARMELITA	Cidade / UF: PRINCESA ISABEL - PB	CEP:
----------------------------	--------------------------------------	------

Especificação da Despesa:
 VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE AO BÔNUS PARA "CAMPANHA DE COMBATE AO COVID-19", JUNTO A SECRETARIA DE SAÚDE DESTA MUNICÍPIO, RESPECTIVO AO MÊS DE NOVEMBRO DE 2021. CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

Tipo de Meta: 9 - DESPESA COVID-19	Convênio:	Valor da Despesa: 100,00
---------------------------------------	-----------	------------------------------------

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:

Recebi(emos) a importância de R\$ 100,00 (Cem Reais), correspondente ao crédito discriminado nesta nota de empenho e/ou ordem de pagamento.

Ass. Ordenador de Despesas: em: 10/12/2021 	Deduzida da Dotação: em: 10/12/2021 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 MARIA MARCICLEIDE D LIMA
Agência [REDACTED]
Conta corrente [REDACTED]
Valor 100,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	08/12/2021 14:40:25
	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	08/12/2021 14:57:43

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.
