

# 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:	1-Ordinário Suplementar 2-Especial 3-Extraordinário 4-Fundo Especial	Número:	Data de Emissão:	Tipo:	Anulação Num.:
<input type="checkbox"/>		<b>0016706</b>	10/12/2021	Ordinário	

Número da Ficha:	Unidade Orçamentária:
<b>704</b>	0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Classificação da Despesa:	Saldo Anterior:
10 - SAÚDE	567.949,00
305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	Suplementação: 0,00
2048 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA COVID 19	Anulação: 0,00
2162 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19	Soma: 567.949,00
3.3.90.36.01 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FISICA	Este Empenho: 100,00
214 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal - Bloco de C	Saldo da Dotação: 567.849,00
038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA	

Credor:	Tipo:	CNPJ/CPF:
MIKAELY BELO DOS SANTOS	1 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento 4-Outros	483.854-██

Endereço:	Complemento:

Bairro:	Cidade / UF:	CEP:
	PRINCESA ISABEL - PB	58755-000

**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 DESTE MUNICÍPIO, RESPECTIVO AO MÊS DE NOVEMBRO DE 2021. CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

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

<b>DADOS DA LICITAÇÃO:</b>	
Licitação:	Modalidade:
	9-Sem Licitação
Contrato:	Processo:

<b>DADOS DA OBRA:</b>			
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:	Deduzida da Dotação:	Liquidação:	Pague-se
em: 10/12/2021	em: 10/12/2021	em: ___/___/___	em: ___/___/___
Ass.	Ass.	Ass.	Ass.

**Transferência entre contas diversas**

---

**Debitado**

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

**Creditado**

Nome MIKAELY BELO DOS SANTOS  
Agência ██████████  
Conta corrente ██████████  
Valor 100,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	08/12/2021 14:41:36
	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	08/12/2021 14:57:43

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.