

# 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: <b>0017466</b>	Data de Emissão: 27/12/2021	Tipo: Ordinário	Anulação Num:
--	---	---------------------------	--------------------------------	--------------------	---------------

Número da Ficha: <b>704</b>	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 C 038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA	Saldo Anterior: 565.599,00 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 565.599,00 Este Empenho: 150,00 Saldo da Dotação: 565.449,00
---	---

Credor: CHARLENE BELO DOS SANTOS	Tipo: <input checked="" 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: 810.854
-------------------------------------	--	----------------------

Endereço: RUA ALFREDO CARLOS DA COSTA, S/N	Complemento:
---	--------------

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

<p>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.</p>
---

Tipo de Meta: 9 - DESPESA COVID-19	Convênio:	Valor da Despesa: <b>150,00</b>
---------------------------------------	-----------	------------------------------------

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\$ 150,00 (Cento e Cinquenta Reais), correspondente ao crédito discriminado nesta nota de empenho e/ou ordem de pagamento.

Ass. Ordenador de Despesas: em: 27/12/2021	Deduzida da Dotação: em: 27/12/2021	Liquidação: em: ___/___/___	Pague-se 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 CHARLENE BELO DOS SANTOS  
Agência [REDACTED]  
Conta corrente [REDACTED]  
Valor 150,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	07/12/2021 16:02:17
	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	07/12/2021 16:11:50

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.