



# 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>0017476</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 Ci 038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA	Saldo Anterior: 564.699,00 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 564.699,00 Este Empenho: 150,00 Saldo da Dotação: 564.549,00
--	---

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

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

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 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 150,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	07/12/2021 15:55:55
	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	07/12/2021 16:08:35

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.