

# 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:	0017842	Data de Emissão:	29/12/2021	Tipo:	Ordinário	Anulação Num:
------------------	---	---------	---------	------------------	------------	-------	-----------	---------------

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

Classificação da Despesa:	Saldo Anterior:	556.999,00
10 - SAÚDE	Suplementação:	0,00
305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	Anulação:	0,00
2048 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA COVID 19	Soma:	556.999,00
2162 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19	Este Empenho:	850,00
3.3.90.36.01 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FISICA	Saldo da Dotação:	556.149,00
214000000 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal		
038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA		

Credor:	Tipo:	1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento 4-Outros	CNPJ/CPF:
MARIA MARCICLEIDE DUARTE LIMA	1		688.184

Endereço:	Complemento:
IRMÃ FATIMA	

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

**Especificação da Despesa:**  
 VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE AO BÔNUS REFERENTE A COBERTURA VACINAL DE DOSE 2 COVID - 19, JUNTO A SECRETARIA DE SAÚDE DESTE MUNICÍPIO, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

Tipo de Meta:	Convênio:	Valor da Despesa:
9 - DESPESA COVID-19		<b>850,00</b>

<b>DADOS DA LICITAÇÃO:</b>	
Licitação:	Modalidade:
	6-Dispensa por Valor
Contrato:	Processo:

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

Fica empenhada a importância de R\$ 850,00 (Oitocentos e Cinquenta Reais)

Ass. Ordenador de Despesas:	Deduzida da Dotação:	Liquidação:	Pague-se
em: 29/12/2021	em: 29/12/2021	em: ____/____/____	em: ____/____/____
 RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	Ass.	Ass.	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 850,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	29/12/2021 17:24:33
	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	29/12/2021 20:34:15

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.