

# 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: <b>0017843</b>	Data de Emissão: 29/12/2021	Tipo: Ordinário	Anulação Num.:
Número da Ficha: <b>704</b>		Unidade Orçamentária: 0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE			
Classificação da Despesa:			Saldo Anterior: 556.149,00		
10 - SAÚDE			Suplementação: 0,00		
305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA			Anulação: 0,00		
2048 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA COVID 19			Soma: 556.149,00		
2162 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19			Este Empenho: 850,00		
033003601 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FISICA			Saldo da Dotação: 555.299,00		
214000000 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal					
038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA					
Credor: MARIA VILANI CORDEIRO 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: <b>396.378</b>	
Endereço: RUA JOAO BATISTA FLORENTINO		Complemento: S/Nº			
Bairro:		Cidade / UF: PRINCESA ISABEL - PB		CEP: 58755-000	
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: 9 - DESPESA COVID-19		Convênio:		Valor da Despesa: <b>850,00</b>	
DADOS DA LICITAÇÃO:					
Licitação:		Modalidade: 6-Dispensa por Valor			
Contrato			Processo		
DADOS DA OBRA:					
Código da Obra:		Categoria:		Tipo:	
Fonte de Recurso:				Data de Início:	
Data Prevista:				Data da Conclusão:	
Fica empenhada a importância de R\$ 850,00 (Oitocentos e Cinquenta Reais)					
Ass. Ordenador de Despesas: em: 29/12/2021  RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO		Deduzida da Dotação: em: 29/12/2021 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 V C SANTOS SOARES  
Agência   
Conta corrente   
Valor 850,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	29/12/2021 17:24:49
	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	29/12/2021 20:34:15

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.