

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: 0017940	Data de Emissão: 29/12/2021	Tipo: Ordinário	Anulação Num.:
------------------	---	---------------------------	--------------------------------	--------------------	----------------

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

Classificação da Despesa: 10 - SAÚDE 305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 2048 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA COVID 19 2102 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19 3.3.90.36.01 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FISICA 214000000 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal 038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA	Saldo Anterior: 545.249,00 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 545.249,00 Este Empenho: 350,00 Saldo da Dotação: 544.899,00
--	---

Credor: JOBERLANDIO FRANCISCO T. FAUSTINO	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: ██████████328.824██████████
--	--	--

Endereço: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	Complemento:
--	--------------

Bairro: CENTRO	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: 350,00
---------------------------------------	-----------	------------------------------------

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:
Data da Conclusão:			

Fica empenhada a importância de R\$ 350,00 (Trezentos 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 JOBERLANDIO F T FAUSTINO
Agência ██████████
Conta corrente ██████████
Valor 350,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	29/12/2021 17:31:59
	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	29/12/2021 20:37:22

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.