

# 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:	0017955	Data de Emissão:	29/12/2021	Tipo:	Ordinário	Anulação Num.:		
Número da Ficha:		Unidade Orçamentária:								
704		0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE								
Classificação da Despesa:						Saldo Anterior:				541.124,00
10 - SAÚDE						Suplementação:				0,00
305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA						Anulação:				0,00
2048 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA COVID 19						Soma:				541.124,00
2162 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19						Este Empenho:				350,00
3.3.90.36.01 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FISICA						Saldo da Dotação:				540.774,00
214000000 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal -										
038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA										
Credor:				Tipo:		CNPJ/CPF:				
MARIA CLEIDE S. PEREIRA				1		.942.694-███				
Endereço:				Complemento:						
DEPUTADO CESAR LOURENÇO										
Bairro:				Cidade / UF:				CEP:		
				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						350,00				
DADOS DA LICITAÇÃO:										
Licitação:			Modalidade:							
			9-Sem Licitação							
Contrato				Processo:						
DADOS DA OBRA:										
Codigo da Obra:		Categoria:		Tipo:				Data de Início:		
Fonte de Recurso:							Data Prevista:			
Situação							Data da Conclusão:			
Fica empenhada a importância de R\$ 350,00 (Trezentos e Cinquenta Reais)										
Ass. Ordenador de Despesas:		Deduzida da Dotação:		Liquidação:		Pague-se				
em: 29/12/2021		em: 29/12/2021		em: ___/___/___		em: ___/___/___				
		Ass.		Ass.		Ass.				
RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO										

---

### Transferência entre contas diversas

#### Debitado

Nome PB 251230 FMS CUSTEIO SUS  
Agência 867-2  
Conta corrente 24666-2

#### Creditado

Nome MARIA CLEIDE S PEREIRA  
Agência [REDACTED]  
Conta corrente [REDACTED]  
Valor 350,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	29/12/2021 17:36:46
	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	29/12/2021 20:39:57

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.