

# PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL

08888968000108

AIRROJADO LISBOA, S/N CENTRO PRINCESA ISABEL-PB CEP:58755-000

FONE: (83) 3427-2231



## NOTA DE EMPENHO

|                  |   |                           |                                |                    |                |
|------------------|---|---------------------------|--------------------------------|--------------------|----------------|
| Tipo de Crédito: | 1-Ordinário Suplementar<br>2-Especial<br>3-Extraordinário<br>4-Fundo Especial | Número:<br><b>0018024</b> | Data de Emissão:<br>29/12/2021 | Tipo:<br>Ordinário | Anulação Num.: |
|------------------|---|---------------------------|--------------------------------|--------------------|----------------|

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Número da Ficha:<br><b>704</b> | Unidade Orçamentária:<br>0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
|--------------------------------|--|

|  |   |
|--|---|
| Classificação da Despesa:<br>10 - SAÚDE<br>305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA<br>2048 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA COVID 19<br>2162 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19<br>3.3.90.36.01 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FISICA<br>214000000 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal<br>038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA | Saldo Anterior: 528.649,00<br>Suplementação: 0,00<br>Anulação: 0,00<br>Soma: 528.649,00<br>Este Empenho: 100,00<br>Saldo da Dotação: 528.549,00 |
|--|---|

|                                   |  |                      |
|-----------------------------------|--|----------------------|
| Credor:<br>ERICA CASUSAO DE SOUSA | Tipo:<br><input checked="" type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3<br><input type="checkbox"/> 4 | CNPJ/CPF:<br>731.964 |
|-----------------------------------|--|----------------------|

|   |              |
|---|--------------|
| Endereço:<br>LAURINDO ANTONIO DE MEDEIROS | Complemento: |
|---|--------------|

|                           |                                      |      |
|---------------------------|--------------------------------------|------|
| Bairro:<br>PADRE IBIAPINA | Cidade / UF:<br>PRINCESA ISABEL - PB | CEP: |
|---------------------------|--------------------------------------|------|

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 DESTA MUNICÍPIO, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

|                                       |           |                                    |
|---------------------------------------|-----------|------------------------------------|
| Tipo de Meta:<br>9 - DESPESA COVID-19 | Convênio: | Valor da Despesa:<br><b>100,00</b> |
|---------------------------------------|-----------|------------------------------------|

|                     |                                |
|---------------------|--------------------------------|
| DADOS DA LICITAÇÃO: |                                |
| Licitação:          | Modalidade:<br>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: |
|-----------|--------------------|

Fica empenhada a importância de R\$ 100,00 (Cem Reais)

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| Ass. Ordenador de Despesas:<br>em: 29/12/2021<br><br>RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO | Deduzida da Dotação:<br>em: 29/12/2021<br>Ass. | Liquidação:<br>em: ____/____/____<br>Ass. | Pague-se<br>em: ____/____/____<br>Ass. |
|--|--|---|--|

---

### Transferência entre contas diversas

#### Debitado

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

#### Creditado

Nome ERICKA FRANCA ALVES  
Agência ██████████  
Conta corrente ██████████  
Valor 100,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

|              |                              |                     |
|--------------|------------------------------|---------------------|
| Assinada por | JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA  | 29/12/2021 17:48:54 |
|              | JD715362 FRANCISCA HENRIQUES | 29/12/2021 20:45:40 |

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.