

# 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: <input type="checkbox"/> 1-Ordinário Suplementar <input type="checkbox"/> 2-Especial <input type="checkbox"/> 3-Extraordinário <input type="checkbox"/> 4-Fundo Especial	Número: <p style="text-align: center; font-weight: bold;">0018054</p>	Data de Emissão: <p style="text-align: center;">29/12/2021</p>	Tipo: <p style="text-align: center;">Ordinário</p>	Anulação Num.:
---	--	---	---	----------------

Número:	Unidade Organizacional: 0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
---------	--

Classificação da Despesa: 10 - SAÚDE 300 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 200 - EMENDAMENTO EMERGENCIA COVID 19 210 - EMENDAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19 300 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FISICA 210 - 00 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal 030 - 00 - 00 - SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA	Saldo Anterior: 512.899,00 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 512.899,00 Este Empenho: 350,00 Saldo da Dotação: 512.549,00
---	---

Nome: <b>LEONARDO DA SILVA SANTOS</b>	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>034.264-00</b>
---------------------------------------	---	-----------------------------

Endereço:	Complemento:
-----------	--------------

Cidade / UF: <p style="text-align: center;">PRINCESA ISABEL - PB</p>	CEP: <p style="text-align: center;">58750-00</p>
---	---

Tipo de Empenho: **Empenho em Despesa**  
 Descrição: **EMPENHO NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE AO BÔNUS REFERENTE A COBERTURA VACINAL DE DOSE 2 REFERENTE A SECRETARIA DE SAÚDE DESTE MUNICÍPIO, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.**

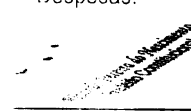
Descrição: COVID-19	Convênio:	Valor da Despesa: <b>350,00</b>
---------------------	-----------	---------------------------------

Modalidade: <p style="text-align: center;">Sistema Licitação</p>	Processo:
---	-----------

Categoria:	Tipo:	Data de Início:
------------	-------	-----------------

Data Prevista:	Data da Conclusão:
----------------	--------------------

Valor da Importância: <b>350,00</b> (Trezentos e Cinquenta Reais)
---

Despesas:	Deduzida da Dotação: em: <b>29/12/2021</b>	Liquidação: em: ____/____/____	Pague-se em: ____/____/____
 LEONAR 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 EDNALDO DA SILVA SANTOS  
Agência [REDACTED]  
Conta corrente [REDACTED]  
Valor 350,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA 29/12/2021 18:13:19  
JD715362 FRANCISCA HENRIQUES 29/12/2021 20:49:20

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.