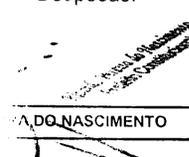


# PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL

08888968000108  
ARROJADO LISBOA, S/N CENTRO PRINCESA ISABEL-PB CEP:58755-000  
FONE: (83) 3427-2231

## NOTA DE EMPENHO

<b>Item</b>	1-Ordinário Suplementar 2-Especial 3-Extraordinário 4-Fundo Especial	<b>Número:</b>  <b>0018056</b>	<b>Data de Emissão:</b>  29/12/2021	<b>Tipo:</b>  Ordinário	<b>Anulação Num.:</b>	
<b>Unidade Orçamentária:</b>	0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE					
<b>Classificação:</b>	10 - SAÚDE 30 - SAÚDE EPIDEMIOLÓGICA 2048 - EMERGENCIAMENTO EMERGENCIA COVID 19 21 - EMERGENCIAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19 30 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FISICA 21 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal 03 - SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA			<b>Saldo Anterior:</b> 512.199,00  <b>Suplementação:</b> 0,00  <b>Anulação:</b> 0,00  <b>Soma:</b> 512.199,00  <b>Este Empenho:</b> 350,00  <b>Saldo da Dotação:</b> 511.849,00		
<b>Credor:</b>	FARMACIA BANGUEIRA		<b>Tipo:</b> 1 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento 4-Outros	<b>CNPJ/CPF:</b> 108.974- <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span>		
<b>Descrição:</b>	GRATIFICACAO DE DEIRO NETO. 144		<b>Complemento:</b>			
<b>Bairro:</b>	Cidade / UF: PRINCESA ISABEL - PB			<b>CEP:</b>		
EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE AO BÔNUS REFERENTE A COBERTURA VACINAL DE DOSE 2 PARA A SECRETARIA DE SAÚDE DESTE MUNICÍPIO, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.						
<b>Objeto:</b>	COVID-19	<b>Convênio:</b>	<b>Valor da Despesa:</b> 350,00			
<b>Licitação:</b>	<b>Modalidade:</b> 9-Sem Licitação					
<b>Conta:</b>	<b>Processo:</b>					
<b>Descrição:</b>	<b>Categoria:</b>	<b>Tipo:</b>	<b>Data de Início:</b>			
<b>Situação:</b>				<b>Data Prevista:</b>		
<b>Situação:</b>				<b>Data da Conclusão:</b>		
<b>Valor:</b>	de importância de R\$ 350,00 (Trezentos e Cinquenta Reais)					
<b>Assinatura do Empenhado:</b>	<b>Assinatura do Autorizado:</b>	<b>Liquidação:</b>	<b>Pague-se:</b>			
	em: 29/12/2021	em: ____/____/____	em: ____/____/____			
<b>A. DO NASCIMENTO</b>	Ass.	Ass.	Ass.			

---

**Transferência entre contas diversas**

**Debitado**

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

**Creditado**

Nome FERNANDA F MANGUEIRA  
Agência ██████████  
Conta corrente ██████████  
Valor 350,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

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

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.