

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 Empenho: | 1-Ordinário Suplementar 2-Especial 3-Extraordinário 4-Fundo Especial | Número: | 0018074 | Data de Emissão: | 29/12/2021 | Tipo: | Ordinário | Anulação Num.: | | |
| Número do Empenho: | 04 | | | | | | | | | |
| Unidade Orçamentária: | 0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE | | | | | | | | | |
| Classificação: | 10 - SAÚDE 305 - SAÚDE EPIDEMIOLÓGICA 209 - SUPLENTEMENTAMENTO EMERGENCIA COVID 19 21 - SUPLENTEMENTAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19 3.3 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FISICA 214 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal 04 - SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA | | | | | | Saldo Anterior: 506.249,00 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 506.249,00 Este Empenho: 350,00 Saldo da Dotação: 505.899,00 | | | |
| Nome do Beneficiário: | M. F. E NUNES DE LIMA | | | Tipo: | 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento 4-Outros <input type="text" value="1"/> | | CNPJ/CPF: | | | 417.944-███ |
| Nome do Prestador: | EMANDRE DA SILVA NETO. S/N | | | Complemento: | | | | | | |
| Bairro: | | | | Cidade / UF: | PRINCESA ISABEL - PB | | | CEP: 58755-000 | | |
| Descrição do Empenho: | V. O EMPENHO NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE AO BÔNUS REFERENTE A COBERTURA VACINAL DE DOSE 2 REFERENTE A SECRETARIA DE SAÚDE DESTA MUNICÍPIO, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO. | | | | | | | | | |
| Objeto: | COVID-19 | | | Convênio: | | | | Valor da Despesa: 350,00 | | |
| Licitação: | Modalidade: 9-Sem Licitação | | | | | | | | | |
| Processo: | | | | | | | | | | |
| Categoria: | | | | Tipo: | | | | Data de Início: | | |
| | | | | | | | | Data Prevista: | | |
| | | | | | | | | Data da Conclusão: | | |
| Valor da Importância: | R\$ 350,00 (Trezentos e Cinquenta Reais) | | | | | | | | | |
| Ass. do Empenho: | Deduzida da Dotação: em: 29/12/2021 | Liquidação: em: ____/____/____ | Pague-se em: ____/____/____ | | | | | | | |
| Ass. do Beneficiário: CARLA DO NASCIMENTO | Ass. do Prestador: | Ass. do Empenho: | Ass. do Pagar: | | | | | | | |

Transferência entre contas diversas

Debitado

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

Creditado

Nome MARIA ELIANI NUNES LIMA
Agência [REDACTED]
Conta corrente [REDACTED]
Valor 350,00
Destinação 0
Data Nesta data

| | | |
|--------------|------------------------------|---------------------|
| Assinada por | JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA | 29/12/2021 18:20:09 |
| | JD715362 FRANCISCA HENRIQUES | 29/12/2021 20:51:53 |

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.