



# 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 2-Especial 3-Extraordinário 4-Fundo Especial	Numero: <b>0018105</b>	Data de Emissão: 29/12/2021	Tipo: Ordinário	Anulação Num.:
--	---	---------------------------	--------------------------------	--------------------	----------------

Numero da Ficha: <b>704</b>	Unidade Orçamentaria: 0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
--------------------------------	--

Classificação da Despesa: 10 - SAÚDE 305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 2048 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA COVID 19 2162 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19 3.3.90.36.01 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FISICA 214000000 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal - 038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA	Saldo Anterior: 495.974,00 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 495.974,00 Este Empenho: 1.500,00 Saldo da Dotação: 494.474,00
--	---

Credor: CHARLENE BELO DOS SANTOS	tipo: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento 4-Outros	CNPJ/CPF: 810.854-00
-------------------------------------	---	--	-------------------------

Endereço: RUA ALFREDO CARLOS DA COSTA, S/N	Complemento:
---	--------------

Bairro: MAIA	Cidade / UF: PRINCESA ISABEL - PB	CEP: 58755-000
-----------------	--------------------------------------	-------------------

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: 9 - DESPESA COVID-19	Convênio:	Valor da Despesa: <b>1.500,00</b>
---------------------------------------	-----------	--------------------------------------

DADOS DA LICITAÇÃO	
Licitação:	Modalidade: 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\$ 1.500,00 (Um Mil e Quinhentos Reais)

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

---

**Transferência entre contas diversas****Debitado**

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

**Creditado**

Nome CHARLENE BELO DOS SANTOS  
Agência ██████████  
Conta corrente ██████████  
Valor 1.500,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA 29/12/2021 19:50:56  
JD715362 FRANCISCA HENRIQUES 29/12/2021 20:56:57

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.