

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: 1-Ordinário Suplementar 2-Especial 3-Extraordinário 4-Fundo Especial	Número: <p style="text-align: center; font-weight: bold;">0018060</p>	Data de Emissão: <p style="text-align: center;">29/12/2021</p>	Tipo: <p style="text-align: center;">Ordinário</p>	Anulação Num.:
---	--	---	---	----------------

Unidade Orçamentária: <p style="text-align: center;">0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE</p>

Descrição: 30 - MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS 30.3 - MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS 30.3.3 - MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE TERCEIROS - P. FISICA 30.3.3.3 - MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE TERCEIROS - P. FISICA - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FISICA	Saldo Anterior: 511.149,00 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 511.149,00 Este Empenho: 350,00 Saldo da Dotação: 510.799,00
---	---

Nome: JOSE CARLOS DA SILVA	Tipo: 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento 4-Outros <p style="text-align: center; border: 1px solid black;">1</p>	CNPJ/CPF: 000.000.000-00
----------------------------	---	--------------------------

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

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

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.

Convênio:	Valor da Despesa: 350,00
-----------	--------------------------

Modalidade: 9-Sem Licitação	Processo:
-----------------------------	-----------

Processo:	Data de Início:
-----------	-----------------

Data de Início:	Data Prevista:
-----------------	----------------

Data de Início:	Data da Conclusão:
-----------------	--------------------

Valor da importância de R\$ 350,00 (Trezentos e Cinquenta Reais)

Ass. de Despesas:	Deduzida da Dotação: em: 29/12/2021	Liquidação: em: ___/___/___	Pague-se em: ___/___/___
Ass. RA 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 JOCILENE PEREIRA DA SILVA
Agência ██████████
Conta corrente ██████████
Valor 350,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA 29/12/2021 18:15:48
JD715362 FRANCISCA HENRIQUES 29/12/2021 20:51:53

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.