

# PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL

08888968000108

ARROJADO LISBOA, S/N CENTRO PRINCESA ISABEL-PB CEP:58755-000

FONE: (83) 3427-2231

**PRINCESA ISABEL**

## NOTA DE EMPENHO

Tipo de Crédito:	1-Ordinário Suplementar 2-Especial 3-Extraordinário 4-Fundo Especial	Número:	<b>0018073</b>	Data de Emissão:	29/12/2021	Tipo:	Ordinário	Anulação Num.:		
Número da Nota:		Unidade Orçamentária:								
<b>704</b>		0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE								
Classificação da Despesa:						Saldo Anterior: 506.599,00				
10 - SAÚDE						Suplementação: 0,00				
305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA						Anulação: 0,00				
2048 - FINESTRENTAMENTO EMERGENCIA COVID 19						Soma: 506.599,00				
2162 - FINESTRENTAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19						Este Empenho: 350,00				
3.3.90.36.91 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FISICA						Saldo da Dotação: 506.249,00				
214000000 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal										
038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA										
Credor:					Tipo:		CNPJ/CPF:			
MARIA DO SOCORRO LOPES NICACIO					1 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento 4-Outros		642.464 ██████████.642.464 ██████████			
Endereço:					Complemento:					
POVOADO CACHOEIRA DE MINAS, S/N										
Bairro:			Cidade / UF:			CEP:				
ZONA RURAL			PRINCESA ISABEL - PB			58755-000				
Especificação da Despesa:										
VALOR DO EMPENHO 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 Despesa:			Convênio:			Valor da Despesa:				
9 - FINESTRENTAMENTO COVID-19						<b>350,00</b>				
DADOS DE LICITAÇÃO:										
Licitação:			Modalidade:							
			9-Sem Licitação							
Contrato:					Processo:					
DADOS DE PAGAMENTO:										
Código:		Categoria:			Tipo:			Data de Início:		
Fonte:							Data Prevista:			
Situação:							Data da Conclusão:			
Fica comprometida a importância de R\$ 350,00 (Trezentos e Cinquenta Reais)										
Ass. Responsável de Despesas:		Deduzida da Dotação:			Liquidação:		Pague-se			
em: 29/12/2021		em: 29/12/2021			em: ____/____/____		em: ____/____/____			
R. REIRA DO NASCIMENTO Ass.		Ass.			Ass.		Ass.			

---

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

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

**Creditado**

Nome MARIA SOCORRO L VICACIO  
Agência [REDACTED]  
Conta corrente [REDACTED]  
Valor 350,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	29/12/2021 18:19:54
	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	29/12/2021 20:51:53

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.