

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:	1-Ordinário Suplementar 2-Especial 3-Extraordinário 4-Fundo Especial	Número: 0018095	Data de Emissão: 29/12/2021	Tipo: Ordinário	Anulação Num.:
------------------	---	---------------------------	--------------------------------	--------------------	----------------

Número da Ficha: 704	Unidade Orçamentária: 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 214 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal - Bloco de C 038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA	Saldo Anterior: 499.324,00 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 499.324,00 Este Empenho: 350,00 Saldo da Dotação: 498.974,00
---	---

Credor: AURICELIA HENRIQUES DA SILVA BEZERRA	Tipo: 1 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento 4-Outros	CNPJ/CPF: 095.774
---	--	----------------------

Endereço: RUA DR. ARROJADO LISBOA, SN	Complemento:
--	--------------

Bairro: CENTRO	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 DESTE MUNICÍPIO, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

Tipo de Meta: 9 - DESPESA COVID-19	Convênio:	Valor da Despesa: 350,00
---------------------------------------	-----------	------------------------------------

DADOS DA LICITAÇÃO:	
Licitação:	Modalidade: 9-Sem Licitação
Contrato:	Processo:

DADOS DA OBRA:		Data de Início:
Código da Obra:	Categoria:	Tipo:
Fonte de Recurso:		Data Prevista:
Situação:		Data da Conclusão:

Recebi(emos) a importância de R\$ 350,00 (Trezentos e Cinquenta Reais), correspondente ao crédito discriminado nesta nota de empenho e/ou ordem de pagamento.

Ass. Ordenador de Despesas: em: 29/12/2021	Deduzida da Dotação: em: 29/12/2021	Liquidação: em: ___/___/___	Pague-se em: ___/___/___
Ass.	Ass.	Ass.	Ass.

Transferência entre contas diversas**Debitado**

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

Creditado

Nome AURICELIA HENRIQUES SILVA
Agência [REDACTED]
Conta corrente [REDACTED]
Valor 200,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	29/12/2021 19:46:26
	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	29/12/2021 20:54:24

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.