

# 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 <input type="checkbox"/> 2-Especial <input type="checkbox"/> 3-Extraordinário <input type="checkbox"/> 4-Fundo Especial		Número: <b>0001847</b>	Data de Emissão: 10/02/2022	Tipo: Ordinário	Anulação Num.:
Número da Ficha: <b>508</b>	Unidade Orçamentária: 0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE				
Classificação da Despesa: 10 - SAÚDE 301 - ATENÇÃO BÁSICA 4002 - ATENÇÃO BÁSICA 2129 - MANTER AS ATIVIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA - PAB 3.3.90.36.01 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FISICA 600 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal - Bloco 0 - Sem CO definido 038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA			Saldo Anterior: 568.672,00 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 568.672,00 Este Empenho: 150,00 Saldo da Dotação: 568.522,00		
Credor: ELISANGELA PEREIRA DA SILVA		Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> 1-Pessoa Física <input type="checkbox"/> 2-Pessoa Juridica <input type="checkbox"/> 3-Folha de Pagamento <input type="checkbox"/> 4-Outros	CNPJ/CPF: 208.904		
Endereço: PADRE CÍCERO		Complemento:			
Bairro:		Cidade / UF: TAVARES - PB		CEP:	
Especificação da Despesa: VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE A GRATIFICAÇÃO PARA CAMPANHA DO COMBATE AO COVID - 19, JUNTO DA SECRETARIA DE SAÚDE DESTE MUNICIPIO. CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.					
Tipo de Meta: 9 - DESPESA COVID-19		Convênio:		Valor da Despesa: <b>150,00</b>	
DADOS DA LICITAÇÃO:					
Licitação:		Modalidade: 6-Dispensa por Valor			
Contrato:			Processo:		
DADOS DA OBRA:					
Código da Obra:		Categoria:		Tipo:	
Fonte de Recurso:				Data de Início:	
Situação:				Data Prevista	
Fica empenhada a importância de R\$ 150,00 (Cento e Cinquenta Reais)				Data da Conclusão:	
Ass. Ordenador de Despesas: em: 10/02/2022  RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO		Deduzida da Dotação: em: 10/02/2022 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 ELISANGELA PEREIRA SILVA  
Agência ██████████  
Conta corrente ██████████  
Valor 150,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	03/02/2022 12:53:35
	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	10/02/2022 10:08:45

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA.