



# 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	Número: <b>0001850</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: 566.872,00 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 566.872,00 Este Empenho: 150,00 Saldo da Dotação: 566.722,00		
Credor: LIDIA FLAVIA DE SOUSA			Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> 1-Pessoa Física <input type="checkbox"/> 2-Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/> 3-Folha de Pagamento <input type="checkbox"/> 4-Outros		CNPJ/CPF: ██████████444.544██████████	
Endereço: RUA LAURINDO DE MEDEIROS. SN			Complemento:			
Bairro: PADRE IBIAPINA		Cidade / UF: PRINCESA ISABEL - PB		CEP: 58755-000		
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:		Data de Início:
Fonte de Recurso:					Data Prevista:	
Situação:					Data da Conclusão:	
Fica empenhada a importância de R\$ 150,00 (Cento e Cinquenta Reais)						
Ass. Ordenador de Despesas: em: 10/02/2022 		Deduzida da Dotação: em: 10/02/2022 		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 LIDIA FLAVIA DE SOUSA  
Agência [REDACTED]  
Conta corrente [REDACTED]  
Valor 150,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	03/02/2022 12:54:28
	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	10/02/2022 10:08:45

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA.