

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: <p style="text-align: center; font-weight: bold;">0007213</p>	Data de Emissão: <p style="text-align: center;">12/05/2022</p>	Tipo: <p style="text-align: center;">Ordinário</p>	Anulação Num.:
---	--	---	---	----------------

Número da Ficha: <p style="text-align: center; font-weight: bold;">508</p>	Unidade Orçamentária: <p style="text-align: center;">0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE</p>
---	---

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: 207.936,08 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 207.936,08 Este Empenho: 100,00 Saldo da Dotação: 207.836,08
--	---

Nome: MARIA MARCICLEIDE DUARTE LIMA	Tipo: <input type="checkbox"/> 1-Pessoa Física <input checked="" type="checkbox"/> 2-Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/> 3-Folha de Pagamento <input type="checkbox"/> 4-Outros	CNPJ/CPF: 000.688.184-00
--	--	-----------------------------

Endereço: IRMÃ FATIMA	Complemento:
--------------------------	--------------

Bairro: MADRE CARMELITA	Cidade / UF: PRINCESA ISABEL - PB	CEP:
----------------------------	--------------------------------------	------

Especificação da Despesa:
 VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE AO BÔNUS PARA CAMPANHA DO COMBATE AO COVID - 19, JUNTO A SECRETARIA DE SAÚDE DESTE MUNICÍPIO. CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

Tipo de Meta: 0 - DESPESA COVID-19	Convênio:	Valor da Despesa: <p style="text-align: right; font-weight: bold;">100,00</p>
---------------------------------------	-----------	--

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\$ 100,00 (Cem Reais)

Ass. Ordenador de Despesas: em: 12/05/2022 RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	Deduzida da Dotação: em: 12/05/2022 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 MARIA MARCICLEIDE D LIMA
Agência [REDACTED]
Conta corrente [REDACTED]
Valor 100,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	12/05/2022 12:01:51
	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	12/05/2022 13:37:25

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA.