

# 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;">0007526</p>	Data de Emissão: <p style="text-align: center;">16/05/2022</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	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>Saldo Anterior:</td> <td style="text-align: right;">191.336,08</td> </tr> <tr> <td>Suplementação:</td> <td style="text-align: right;">0,00</td> </tr> <tr> <td>Anulação:</td> <td style="text-align: right;">0,00</td> </tr> <tr> <td>Soma:</td> <td style="text-align: right;">191.336,08</td> </tr> <tr> <td>Este Empenho:</td> <td style="text-align: right;">100,00</td> </tr> <tr> <td>Saldo da Dotação:</td> <td style="text-align: right;">191.236,08</td> </tr> </table>	Saldo Anterior:	191.336,08	Suplementação:	0,00	Anulação:	0,00	Soma:	191.336,08	Este Empenho:	100,00	Saldo da Dotação:	191.236,08
Saldo Anterior:	191.336,08												
Suplementação:	0,00												
Anulação:	0,00												
Soma:	191.336,08												
Este Empenho:	100,00												
Saldo da Dotação:	191.236,08												

Nome: MARIA DAS GRAÇAS PEDRO SILVA	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: 985.254-
---------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------

Endereço: FREI TELÉSFORO M DE ASSIS	Complemento:
----------------------------------------	--------------

Bairro: SÃO FRANCISCO	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, DURANTE O MÊS DE ABRIL DE 2022. CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

Tipo de Meta: - 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: 16/05/2022 	Deduzida da Dotação: em: 16/05/2022 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 GRACAS PEDRO SILVA  
Agência [REDACTED]  
Conta corrente [REDACTED]  
Valor 100,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	12/05/2022 11:58:42
	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	12/05/2022 13:35:17

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA.