

# 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;"><b>0011002</b></p>	Data de Emissão: <p style="text-align: center;">14/07/2022</p>	Tipo: <p style="text-align: center;">Ordinário</p>	Anulação Num.:
---	--	---	---	----------------

Número da Ficha: <p style="text-align: center;"><b>556</b></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 2134 - MANTER O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - 15% 3.3.90.48.01 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS ÀS 500 - RECURSOS ORDINÁRIOS 1002 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde 099 - SEM SUBELEMENTO	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>Saldo Anterior:</td> <td style="text-align: right;">103.854,81</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;">103.854,81</td> </tr> <tr> <td>Este Empenho:</td> <td style="text-align: right;">1.000,00</td> </tr> <tr> <td>Saldo da Dotação:</td> <td style="text-align: right;">102.854,81</td> </tr> </table>	Saldo Anterior:	103.854,81	Suplementação:	0,00	Anulação:	0,00	Soma:	103.854,81	Este Empenho:	1.000,00	Saldo da Dotação:	102.854,81
Saldo Anterior:	103.854,81												
Suplementação:	0,00												
Anulação:	0,00												
Soma:	103.854,81												
Este Empenho:	1.000,00												
Saldo da Dotação:	102.854,81												

Credor: RENATO REINAR DOS SANTOS MEDEIROS	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: 312.844
--	--	----------------------

Endereço: SÍTIO MOÇA BRANCA	Complemento:
--------------------------------	--------------

Bairro: ZONA RURAL	Cidade / UF: PRINCESA ISABEL - PB	CEP: 58755-000
-----------------------	--------------------------------------	-------------------

Especificação da Despesa:  
 VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE A CONCESSÃO DE UM AUXÍLIO PARA SEGURANÇA ALIMENTAR, DE ENFRENTAMENTO AO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19) EM CONSONÂNCIA COM A LEI COMPLEMENTAR FEDERAL Nº 173, DE 27 DE MAIO DE 2020, DE ACORDO COM A DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO.

Tipo de Meta: 7 - OUTRAS	Convênio:	Valor da Despesa: <p style="text-align: right;"><b>1.000,00</b></p>
-----------------------------	-----------	--

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

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\$ 1.000,00 (Um Mil Reais)

Ass. Ordenador de Despesas: em: 14/07/2022  RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	Deduzida da Dotação: em: 14/07/2022 Ass.	Liquidação: em: ___/___/___ Ass.	Pague-se em: ___/___/___ Ass.
--	--	--	-------------------------------------

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL**

CNPJ: 08.888.968/0001-08

RUA DR ARROJADO LISBOA, Nº SN - CENTRO - PRINCESA ISABEL/PB, CEP: 58755000

Sistema de Controle de Tesouraria

**Cópia de Cheque**

Comp	Banco	Agência DV	C1	Conta	C2	Série	Cheque Nº	C3
	001	0867-2-		8.423-9-			872433	R\$1.000,00

Pague por este cheque a quantia de Um Mil Reais. \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

RENATO REINAR DOS SANTOS MEDEIROS

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL  
08888968000108  
RUA DR ARROJADO LISBOA, Nº SN - CENTRO - PRINCESA ISABEL/PB, CEP: 58755000

PRINCESA ISABEL, 4 de Julho de 2022

Banco: BANCO DO BRASIL S.A.

Conta: F.M.S.

Cheque: 872433

Nº Conta: 8.423-9-

Talão: TL

Numero Empenho:

Data Empenho:

Utilizado para: Pagamento referente a ajuda de custo para tratamento de saúde. conforme copia de cheque recibo e documentação em anexo. Pago com recursos do F.M.S