



# 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-Extraordinario 4-Fundo Especial	Número: <b>0014541</b>	Data de Emissão: 16/11/2021	Tipo: Ordinário	Anulação Num.:
--	---	---------------------------	--------------------------------	--------------------	----------------

Número da Ficha: <b>704</b>	Unidade Orçamentária: 0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
--------------------------------	--

Classificação da Despesa: 10 - SAÚDE 305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 2048 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA COVID 19 2162 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19 3.3.90.36.01 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FISICA 214000000 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal 038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA	Saldo Anterior: 582.349,00 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 582.349,00 Este Empenho: 150,00 Saldo da Dotação: 582.199,00
--	---

Credor: MARILENE LIMA PEREIRA	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: <input type="text"/> 277.494 <input type="text"/>
----------------------------------	--	--

Endereço: RUA FREI TELESFORO MACHADO	Complemento: S/Nº
---	----------------------

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

Especificação da Despesa: VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE O BÔNUS PARA CAMPANHA DE COMBATE AO COVID-19, RELATIVO AO MÊS DE OUTUBRO DE 2021. 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: 16/11/2021  RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	Deduzida da Dotação: em: 16/11/2021 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 MARILENE LIMA PEREIRA  
Agência ██████████  
Conta corrente ██████████  
Valor 150,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	16/11/2021 16:00:13
	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	16/11/2021 16:20:35

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.