

# 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: | 1-Ordinário Suplementar<br>2-Especial<br>3-Extraordinário<br>4-Fundo Especial | Número: | 0016675 | Data de Emissão: | 08/12/2021 | Tipo: | Ordinário | Anulação Num.: |
|------------------|---|---------|---------|------------------|------------|-------|-----------|----------------|

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

|  |                   |            |
|--|-------------------|------------|
| Classificação da Despesa:  | Saldo Anterior:   | 571.049,00 |
| 10 - SAÚDE   | Suplementação:    | 0,00       |
| 305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  | Anulação:         | 0,00       |
| 2048 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA COVID 19   | Soma:             | 571.049,00 |
| 2162 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19   | Este Empenho:     | 100,00     |
| 3.3.90.36.01 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FISICA  | Saldo da Dotação: | 570.949,00 |
| 214 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal - Bloco de C |                   |            |
| 038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA   |                   |            |

|                      |       |  |           |
|----------------------|-------|--|-----------|
| Credor:              | Tipo: | 1-Pessoa Física<br>2-Pessoa Jurídica<br>3-Folha de Pagamento<br>4-Outros | CNPJ/CPF: |
| FRANCINEIDE VITORINO | 1     |  | 541.284   |

|                 |              |
|-----------------|--------------|
| Endereço:       | Complemento: |
| RUA HERMES MAIA | S/Nº         |

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

**Especificação da Despesa:**  
VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE AO BÔNUS PARA "CAMPANHA DE COMBATE AO COVID-19", JUNTO A SECRETARIA DE SAÚDE DESTA MUNICÍPIO, RELATIVO AO MÊS DE NOVEMBRO DE 2021. CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

|                      |           |                   |
|----------------------|-----------|-------------------|
| Tipo de Meta:        | Convênio: | Valor da Despesa: |
| 9 - DESPESA COVID-19 |           | <b>100,00</b>     |

|                            |                 |
|----------------------------|-----------------|
| <b>DADOS DA LICITAÇÃO:</b> |                 |
| Licitação:                 | Modalidade:     |
|                            | 9-Sem Licitação |
| Contrato:                  | Processo:       |
|                            |                 |

|                       |            |       |                    |
|-----------------------|------------|-------|--------------------|
| <b>DADOS DA OBRA:</b> |            |       |                    |
| Código da Obra:       | Categoria: | Tipo: | Data de Início:    |
|                       |            |       |                    |
| Fonte de Recurso:     |            |       | Data Prevista:     |
|                       |            |       |                    |
| Situação:             |            |       | Data da Conclusão: |
|                       |            |       |                    |

Recebi(emos) a importância de R\$ 100,00 (Cem Reais), correspondente ao crédito discriminado nesta nota de empenho e/ou ordem de pagamento.

|                             |                      |                 |                 |
|-----------------------------|----------------------|-----------------|-----------------|
| Ass. Ordenador de Despesas: | Deduzida da Dotação: | Liquidação:     | Pague-se        |
| em: 08/12/2021              | em: 08/12/2021       | em: ___/___/___ | em: ___/___/___ |
| Ass.                        | Ass.                 | Ass.            | Ass.            |

---

**Transferência entre contas diversas****Debitado**

Nome PB 251230 FMS CUSTEIO SUS  
Agência 867-2  
Conta corrente 24666-2

**Creditado**

Nome FRANCINEIDE VITORINO  
Agência [REDACTED]  
Conta corrente [REDACTED]  
Valor 100,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA 08/12/2021 14:30:37  
JD715362 FRANCISCA HENRIQUES 08/12/2021 14:54:30

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.