

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 2-Especial 3-Extraordinário 4-Fundo Especial	Número:	0016680	Data de Emissão:	08/12/2021	Tipo:	Ordinário	Anulação Num.:
Número da Ficha:	704							
Unidade Orçamentária:	0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE							
Classificação da Despesa:						Saldo Anterior: 570.549,00		
10 - SAÚDE						Suplementação: 0,00		
305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA						Anulação: 0,00		
2048 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA COVID 19						Soma: 570.549,00		
2162 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19						Este Empenho: 100,00		
3.3.90.36.01 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FISICA						Saldo da Dotação: 570.449,00		
214 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal - Bloco de C								
038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA								
Credor:				Tipo:		CNPJ/CPF:		
JOANNA DARCK MAYARA DE MELO SILVA				1		997.544		
Endereço:				Complemento:				
PRINCESA ISABEL. SN								
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						100,00		
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:		
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 JOANNA D M MELO SILVA
Agência [REDACTED]
Conta corrente [REDACTED]
Valor 100,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	08/12/2021 14:33:32
	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	08/12/2021 14:54:30

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.
