

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: 0016681	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: 570.449,00
10 - SAÚDE	Suplementação: 0,00
305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	Anulação: 0,00
2048 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA COVID 19	Soma: 570.449,00
2162 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19	Este Empenho: 100,00
3.3.90.36.01 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FISICA	Saldo da Dotação: 570.349,00
214 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal - Bloco de C	
038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA	

Credor: JOBERLANDIO FRANCISCO T. FAUSTINO	Tipo: 1 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento 4-Outros	CNPJ/CPF: 328.824-███
--	--	--------------------------

Endereço: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	Complemento:
--	--------------

Bairro: CENTRO	Cidade / UF: PRINCESA ISABEL - PB	CEP: 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 DESTE MUNICÍPIO, RELATIVO AO MÊS DE NOVEMBRO DE 2021. CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

Tipo de Meta: 9 - DESPESA COVID-19	Convênio:	Valor da Despesa: 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: em: 08/12/2021	Deduzida da Dotação: em: 08/12/2021	Liquidação: em: ___/___/___	Pague-se 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 JOBERLANDIO F T FAUSTINO
Agência ██████████
Conta corrente ██████████
Valor 100,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	08/12/2021 14:33:48
	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	08/12/2021 14:54:30

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.