

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; font-weight: bold;">0016719</p>	Data de Emissão: <p style="text-align: center;">10/12/2021</p>	Tipo: <p style="text-align: center;">Ordinário</p>	Anulação Num.:	
Número da Ficha: <p style="text-align: center; font-weight: bold;">704</p>		Unidade Orçamentária: <p style="text-align: center;">0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE</p>			
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 214 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal - Bloco de Ci 038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA			Saldo Anterior: 566.649,00 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 566.649,00 Este Empenho: 100,00 Saldo da Dotação: 566.549,00		
Credor: RUTENILDA MARIA DE BRITO		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: 181.004		
Endereço:		Complemento:			
Bairro:	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, RESPECTIVO 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:		
Fonte de Recurso:				Data de Início:	
Situação:				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: 10/12/2021 		Deduzida da Dotação: em: 10/12/2021 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 RUTENILDA M B M FERNANDES
Agência [REDACTED]
Conta corrente [REDACTED]
Valor 100,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	08/12/2021 14:45:36
	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	08/12/2021 15:00:39

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.