

# 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-Extraordinário 4-Fundo Especial	Número: <b>0016718</b>	Data de Emissão: 10/12/2021	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 214 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal - Bloco de Ci 038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA				Saldo Anterior: 566.749,00 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 566.749,00 Este Empenho: 100,00 Saldo da Dotação: 566.649,00		
Credor: ROSIENE CAMPOS DOS SANTOS			Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> 1 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento 4-Outros	CNPJ/CPF: ●●●●●●●● 511.444 ●●●●		
Endereço: RUA FRANCISCO PEDRO			Complemento: .S/Nº			
Bairro: BAIXA		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: <b>100,00</b>	
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: 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 ROZIENE CAMPOS DOS SANTOS  
Agência ██████████  
Conta corrente ██████████  
Valor 100,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA 08/12/2021 14:45:20  
JD715362 FRANCISCA HENRIQUES 08/12/2021 15:00:39

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.

---