

# PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL

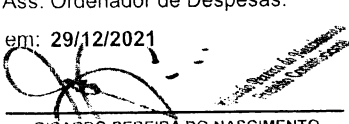
08888968000108

ARROJADO LISBOA, S/N CENTRO PRINCESA ISABEL-PB CEP:58755-000

FONE: (83) 3427-2231

**PREFEITURA DE  
PRINCESA ISABEL**

## NOTA DE EMPENHO



Tipo de Crédito:	1-Ordinário Suplementar 2-Especial 3-Extraordinário 4-Fundo Especial	Número: <b>0017836</b>	Data de Emissão: 29/12/2021	Tipo: Ordinário	Anulação Num.:
Número da Ficha: <b>704</b>		Unidade Orçamentária: 0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE			
Classificação da Despesa:			Saldo Anterior: 558.399,00		
10 - SAÚDE			Suplementação: 0,00		
305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA			Anulação: 0,00		
2048 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA COVID 19			Soma: 558.399,00		
2162 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19			Este Empenho: 850,00		
3 3 90 36.01 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FISICA			Saldo da Dotação: 557.549,00		
214000000 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal					
038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA					
Credor: MARCIA MENDES DO NASCIMENTO CASUSA			Tipo: 1 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento 4-Outros	CNPJ/CPF: ██████████.400.108-██████████	
Endereço: RUA JANDIRA CAMPOS GOES			Complemento: S/Nº		
Cidade / UF: PRINCESA ISABEL - PB		CEP: 58755-000			
Especificação da Despesa: VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE AO BÔNUS REFERENTE A COBERTURA VACINAL DE DOSE 2 COVID - 19, JUNTO A SECRETARIA DE SAÚDE DESTE MUNICÍPIO, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.					
Tipo de Meta: 9 - DESPESA COVID-19		Convênio:		Valor da Despesa: <b>850,00</b>	
DADOS DA LICITAÇÃO:					
Licitação:		Modalidade: 9-Sem Licitação			
Processo:					
DADOS DA OBRA:					
Código da Obra:		Categoria:		Tipo:	
Fonte de Recurso:				Data de Início:	
Situação:				Data Prevista:	
				Data da Conclusão:	
Fica empenhada a importância de R\$ 850,00 (Oitocentos e Cinquenta Reais)					
Ass. Ordenador de Despesas: em: 29/12/2021  RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO		Deduzida da Dotação: em: 29/12/2021 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 MARCIA MENDES NASCIMENTO  
Agência   
Conta corrente   
Valor 850,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	29/12/2021 17:23:52
	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	29/12/2021 20:34:15

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.