

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-Ordinário Especial	Número: <p style="text-align: center; font-weight: bold;">0017840</p>	Data de Emissão: <p style="text-align: center;">29/12/2021</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 214000000 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal - 038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA	Saldo Anterior: 557.549,00 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 557.549,00 Este Empenho: 550,00 Saldo da Dotação: 556.999,00
--	---

Credor: <p style="text-align: center;">MARIA JOSE MINERVINO DA SILVA</p>	Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> 1 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento 4-Outros	CNPJ/CPF: <p style="text-align: center;">100.894-00</p>
---	--	--

Endereço:	Complemento:
-----------	--------------

Bairro:	Cidade / UF: <p style="text-align: center;">TAVARES - PB</p>	CEP:
---------	---	------

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: <p style="text-align: center;">9 - DESPESA COVID-19</p>	Convênio:	Valor da Despesa: <p style="text-align: right; font-weight: bold;">550,00</p>
--	-----------	--

DADOS DA LICITAÇÃO:	
Licitação:	Modalidade: <p style="text-align: center;">9-Sem Licitação</p>
Contrato:	Processo:

DADOS DA OBRA:			
Código da Obra:	Categoria:	Tipo:	Data de Início:
Fonte de Recurso:			Data Prevista:
Data de Início:			Data da Conclusão:

Fica empenhada a importância de R\$ 550,00 (Quinhentos 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 MARIA JOSE M SILVA
Agência ██████████
Conta corrente ██████████
Valor 550,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA 29/12/2021 17:24:14
JD715362 FRANCISCA HENRIQUES 29/12/2021 20:34:15

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.