

# 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<br>2-Especial<br>3-Extraordinário<br>4-Fundo Especial | Número:        | Data de Emissão: | Tipo:     | Anulação Num.: |
| <input type="checkbox"/> |   | <b>0017983</b> | 29/12/2021       | Ordinário |                |

|                  |                                 |
|------------------|---------------------------------|
| Número da Ficha: | Unidade Orçamentária:           |
| <b>704</b>       | 0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |

|   |                   |
|---|-------------------|
| Classificação da Despesa:   | Saldo Anterior:   |
| 10 - SAÚDE  | 535.249,00        |
| 305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA   | Suplementação:    |
| 2048 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA COVID 19  | 0,00              |
| 2162 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19  | Anulação:         |
| 3.3.90.36.01 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FISICA                                     | 0,00              |
| 214000000 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal | Soma:             |
| 038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA  | 535.249,00        |
|   | Este Empenho:     |
|   | 350,00            |
|   | Saldo da Dotação: |
|   | 534.899,00        |

|                            |  |           |
|----------------------------|--|-----------|
| Credor:                    | Tipo:  | CNPJ/CPF: |
| SILVANIA FANCISCO DA SILVA | 1-Pessoa Física<br>2-Pessoa Jurídica<br>3-Folha de Pagamento<br>4-Outros | 205.314   |
|                            | <input checked="" type="checkbox"/> 1                                    |           |

|                             |              |
|-----------------------------|--------------|
| Endereço:                   | Complemento: |
| RUA PRESIDENTE KENNEDY, S/N |              |

|               |                      |           |
|---------------|----------------------|-----------|
| Barro:        | Cidade / UF:         | CEP:      |
| NOVA BRASILIA | PRINCESA ISABEL - PB | 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:        | Convênio: | Valor da Despesa: |
| 9 - DESPESA COVID-19 |           | <b>350,00</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: |
|                   |            |       |                    |

Fica empenhada a importância de R\$ 350,00 (Trezentos e Cinquenta Reais)

|                               |                      |                    |                    |
|-------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------|
| Ass. Ordenador de Despesas:   | Deduzida da Dotação: | Liquidação:        | Pague-se           |
| em: 29/12/2021                | em: 29/12/2021       | em: ____/____/____ | em: ____/____/____ |
|                               | Ass.                 | Ass.               | Ass.               |
| RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO |                      |                    |                    |

---

### Transferência entre contas diversas

#### Debitado

Nome PB 251230 FMS CUSTEIO SUS  
Agência 867-2  
Conta corrente 24666-2

#### Creditado

Nome SILVANIA F G SILVA  
Agência ██████████  
Conta corrente ██████████  
Valor 350,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

|              |                              |                     |
|--------------|------------------------------|---------------------|
| Assinada por | JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA  | 29/12/2021 17:42:04 |
|              | JD715362 FRANCISCA HENRIQUES | 29/12/2021 20:42:26 |

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.