

# 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 2-Especial 3-Extraordinário 4-Fundo Especial	Número:	<b>0017991</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: 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: 532.749,00 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 532.749,00 Este Empenho: 200,00 Saldo da Dotação: 532.549,00				
Credor: AURICELIA HENRIQUES DA SILVA BEZERRA			Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> 1 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento 4-Outros		CNPJ/CPF: <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span> .095.774 <span style="background-color: black; color: black;">XXXX</span>			
Endereço: RUA DR ARROJADO LISBOA, SN			Complemento:					
Bairro: CENTRO		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>200,00</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\$ 200,00 (Duzentos 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 AURICELIA HENRIQUES SILVA  
Agência ██████████  
Conta corrente ██████████  
Valor 200,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	29/12/2021 17:44:38
	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	29/12/2021 20:42:26

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.