

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL

08888968000108
 ARROJADO LISBOA, S/N CENTRO PRINCESA ISABEL-PB CEP:58755-000
 FONE: (83) 3427-2231

NOTA DE EMPENHO

1-Ordinário Suplementar 2-Especial 3-Extrordinário 4-Fundo Especial	Número: <h3 style="text-align: center;">0018083</h3>	Data de Emissão: <h3 style="text-align: center;">29/12/2021</h3>	Tipo: <h3 style="text-align: center;">Ordinário</h3>	Anulação Num.:
--	---	---	---	----------------

Unidade Orçamentária: <h3 style="text-align: center;">0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE</h3>

Descrição: CLINICA EPIDEMIOLOGICA ENTIAMENTO EMERGENCIA COVID 19 ENTIAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FISICA Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal. - SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Saldo Anterior:</td> <td style="text-align: right;">503.174,00</td> </tr> <tr> <td>Suplementação:</td> <td style="text-align: right;">0,00</td> </tr> <tr> <td>Anulação:</td> <td style="text-align: right;">0,00</td> </tr> <tr> <td>Soma:</td> <td style="text-align: right;">503.174,00</td> </tr> <tr> <td>Este Empenho:</td> <td style="text-align: right;">350,00</td> </tr> <tr> <td>Saldo da Dotação:</td> <td style="text-align: right;">502.824,00</td> </tr> </table>	Saldo Anterior:	503.174,00	Suplementação:	0,00	Anulação:	0,00	Soma:	503.174,00	Este Empenho:	350,00	Saldo da Dotação:	502.824,00
Saldo Anterior:	503.174,00												
Suplementação:	0,00												
Anulação:	0,00												
Soma:	503.174,00												
Este Empenho:	350,00												
Saldo da Dotação:	502.824,00												

Nome do Prestador: ALEMAR DA SILVA	Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> 1-Pessoa Física <input type="checkbox"/> 2-Pessoa Juridica <input type="checkbox"/> 3-Folha de Pagamento <input type="checkbox"/> 4-Outros	CNPJ/CPF: 319.024
Nome do Beneficiário: CARLOS DE MEDEIROS	Complemento:	
Cidade / UF: PRINCESA ISABEL - PB		CEP:

EM NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE AO BÔNUS REFERENTE A COBERTURA VACINAL DE DOSE 2
 SECRETARIA DE SAÚDE DESTE MUNICÍPIO, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

Convênio:	Valor da Despesa: <h2 style="text-align: right;">350,00</h2>
-----------	---

Modalidade: 6-Dispensa por Valor	Processo:
-------------------------------------	-----------

Categoria:	Tipo:	Data de Início:
Data Prevista:		Data da Conclusão:

Valor da Implicação de R\$ 350,00 (Trezentos e Cinquenta Reais)

Nome do Responsável: ARADO NASCIMENTO	Deduzida da Dotação: em: 29/12/2021	Liquidação: em: ___/___/___	Pague-se em: ___/___/___
Ass.	Ass.	Ass.	Ass.

Transferência entre contas diversas

Debitado

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

Creditado

Nome RENATO DE ALMEIDA SILVA
Agência ██████████
Conta corrente ██████████
Valor 350,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	29/12/2021 19:32:46
	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	29/12/2021 20:54:24

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.