

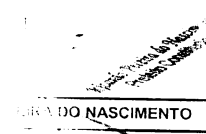
# PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL

08888968000108

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

FONE: (83) 3427-2231

## NOTA DE EMPENHO

<b>Tipo de Empenho:</b>	1-Ordinário Suplementar 2-Especial 3-Extraordinário 4-Fundo Especial	<b>Número:</b>	<b>0018074</b>	<b>Data de Emissão:</b>	29/12/2021	<b>Tipo:</b>	Ordinário	<b>Anulação Num.:</b>		
<b>Número do Empenho:</b>	Unidade Orçamentária: 04 0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE									
<b>Classificação:</b>	10 - SAÚDE 305 - SAÚDE PÚBLICA 209 - SUPLENTEMENTO EMERGENCIA COVID 19 21 - SUPLENTEMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19 3.3 - SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FISICA 214 - TRANSFERÊNCIAS FUNDO A FUNDO DE RECURSOS DO SUS PROVENIENTES DO GOVERNO FEDERAL 04 - SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA				<b>Saldo Anterior:</b> 506.249,00  <b>Suplementação:</b> 0,00  <b>Anulação:</b> 0,00  <b>Soma:</b> 506.249,00  <b>Este Empenho:</b> 350,00  <b>Saldo da Dotação:</b> 505.899,00					
<b>Nome do Beneficiário:</b>	M. F. E NUNES DE LIMA			<b>Tipo:</b>	1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento 4-Outros 1		<b>CNPJ/CPF:</b>			
<b>Nome do Prestador:</b>	EMANDRE DA SILVA NETO. S/N			<b>Complemento:</b>						
<b>Cidade / UF:</b>	PRINCESA ISABEL - PB					<b>CEP:</b>				
	58755-000									
Descrição do Empenho: V. N. EMPENHO NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE AO BÔNUS REFERENTE A COBERTURA VACINAL DE DOSE 2 C. N. REFERENTE A SECRETARIA DE SAÚDE DESTA MUNICÍPIO, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.										
<b>Objeto:</b>	COVID-19			<b>Convênio:</b>					<b>Valor da Despesa:</b>	<b>350,00</b>
<b>Licitação:</b>	Modalidade: 9-Sem Licitação									
<b>Processo:</b>										
<b>Categoria:</b>				<b>Tipo:</b>					<b>Data de Início:</b>	
									<b>Data Prevista:</b>	
									<b>Data da Conclusão:</b>	
Importância de R\$ 350,00 (Trezentos e Cinquenta Reais)										
<b>Ass. do Empenho:</b>	<b>Deduzida da Dotação:</b>	<b>Liquidação:</b>		<b>Pague-se</b>						
	em: 29/12/2021	em: ____/____/____		em: ____/____/____						
<b>Ass. do Beneficiário:</b>	<b>Ass. do Prestador:</b>	<b>Ass. do Liquidante:</b>		<b>Ass. do Pagador:</b>						
 EMANOEL DO NASCIMENTO										

---

**Transferência entre contas diversas****Debitado**

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

**Creditado**

Nome MARIA ELIANI NUNES LIMA  
Agência [REDACTED]  
Conta corrente [REDACTED]  
Valor 350,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	29/12/2021 18:20:09
	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	29/12/2021 20:51:53

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.