

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:	0018109	Data de Emissão:	29/12/2021	Tipo:	Ordinário	Anulação Num.:
------------------	---	---------	---------	------------------	------------	-------	-----------	----------------

Número da Ficha:	Unidade Orçamentária:
704	0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Classificação da Despesa:	Saldo Anterior:	493.524,00
10 - SAÚDE	Suplementação:	0,00
305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	Anulação:	0,00
2048 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA COVID 19	Soma:	493.524,00
2162 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19	Este Empenho:	350,00
3.3.90.36.01 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FISICA	Saldo da Dotação:	493.174,00
214 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal - Bloco de C		
038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA		

Credor:	Tipo:	CNPJ/CPF:
MARIA CICERA CABRAL DE MEDEIROS LEITE	1 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento 4-Outros	030.134

Endereço:	Complemento:
RUA MANOEL CORDEIRO. 117	

Bairro:	Cidade / UF:	CEP:
ALTO BELA VISTA	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		350,00

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:

Recebi(emos) a importância de R\$ 350,00 (Trezentos e Cinqüenta Reais), correspondente ao crédito discriminado nesta nota de empenho e/ou ordem de pagamento.

Ass. Ordenador de Despesas:	Deduzida da Dotação:	Liquidação:	Pague-se
em: 29/12/2021	em: 29/12/2021	em: ___/___/___	em: ___/___/___
Ass.	Ass.	Ass.	Ass.

Aplicação em poupança

Debitado

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

Creditado

Nome MARIA CICERA CABRAL DE ME
Agência ██████████
Conta corrente ██████████
Variação 51
Valor 100,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	29/12/2021 19:56:07
	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	29/12/2021 20:56:57

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.