

# 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: <input type="checkbox"/>	1-Ordinário Suplementar 2-Especial 3-Extraordinário 4-Fundo Especial	Número: <b>0018071</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 214 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal - Bloco de Ci 038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA	Saldo Anterior: 507.649,00 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 507.649,00 Este Empenho: 350,00 Saldo da Dotação: 507.299,00
--	---

Credor: MARIA DAS GRAÇAS PEDRO SILVA	Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> 1-Pessoa Física <input type="checkbox"/> 2-Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/> 3-Folha de Pagamento <input type="checkbox"/> 4-Outros	CNPJ/CPF: ●●●●●●●● 985.254 ●●●●
---	--	------------------------------------

Endereço: FREI TELÉSFORO M DE ASSIS	Complemento:
--	--------------

Bairro: SÃO FRANCISCO	Cidade / UF: PRINCESA ISABEL - PB	CEP:
--------------------------	--------------------------------------	------

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>350,00</b>
---------------------------------------	-----------	------------------------------------

DADOS DA LICITAÇÃO:	
Licitação:	Modalidade: 9-Sem Licitação
Contrato:	Processo:

DADOS DA OBRA:		Data de Início:
Código da Obra:	Categoria:	Data Prevista:
Fonte de Recurso:		Data da Conclusão:
Situação:		

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

Ass. Ordenador de Despesas: em: 29/12/2021 	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 MARIA GRACAS PEDRO SILVA  
Agência [REDACTED]  
Conta corrente [REDACTED]  
Valor 350,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	29/12/2021 18:19:21
	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	29/12/2021 20:51:53

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.