

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 <input type="checkbox"/> 2-Especial <input type="checkbox"/> 3-Extraordinário <input type="checkbox"/> 4-Fundo Especial | Número: <p style="text-align: center; font-weight: bold;">0000149</p> | Data de Emissão: <p style="text-align: center;">10/01/2022</p> | Tipo: <p style="text-align: center;">Ordinário</p> | Anulação Num.: |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------|

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Número da Ficha: <p style="text-align: center; font-weight: bold;">511</p> | Unidade Orçamentária: <p style="text-align: center;">0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------|----------------|------|-----------|------|-------|-----------|---------------|--------|-------------------|-----------|
| Classificação da Despesa: 10 - SAÚDE 301 - ATENÇÃO BÁSICA 4002 - ATENÇÃO BÁSICA 2129 - MANTER AS ATIVIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA - PAB 3.3.90.92.01 - DESPESAS DE EXERCÍCIOS ANTERIO 600 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal - Bloco 099 - SEM SUBELEMENTO | <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Saldo Anterior:</td> <td style="text-align: right;">44.250,59</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;">44.250,59</td> </tr> <tr> <td>Este Empenho:</td> <td style="text-align: right;">100,00</td> </tr> <tr> <td>Saldo da Dotação:</td> <td style="text-align: right;">44.150,59</td> </tr> </table> | Saldo Anterior: | 44.250,59 | Suplementação: | 0,00 | Anulação: | 0,00 | Soma: | 44.250,59 | Este Empenho: | 100,00 | Saldo da Dotação: | 44.150,59 |
| Saldo Anterior: | 44.250,59 | | | | | | | | | | | | |
| Suplementação: | 0,00 | | | | | | | | | | | | |
| Anulação: | 0,00 | | | | | | | | | | | | |
| Soma: | 44.250,59 | | | | | | | | | | | | |
| Este Empenho: | 100,00 | | | | | | | | | | | | |
| Saldo da Dotação: | 44.150,59 | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Credor: MIKAELY BELO DOS SANTOS | Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | CNPJ/CPF: 483.854 |
| Endereço: | Complemento: | |
| Bairro: | Cidade / UF: PRINCESA ISABEL - PB | CEP: 58755-000 |

Especificação da Despesa:
 VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE AO BÔNUS PARA CAMPANHA DO COMBATE AO COVID -19, DURANTE O MÊS DE DEZEMBRO DE 2021. CONFORME DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO.

| | | |
|-----------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo de Meta: 7 - OUTRAS | Convênio: | Valor da Despesa: <p style="text-align: right; font-weight: bold;">100,00</p> |
|-----------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|---------------------|--------------------------------|
| 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\$ 100,00 (Cem Reais), correspondente ao crédito discriminado nesta nota de empenho e/ou ordem de pagamento.

| | | | |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| Ass. Ordenador de Despesas: em: 10/01/2022 | Deduzida da Dotação: em: 10/01/2022 | 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 MIKAELY BELO DOS SANTOS
Agência [REDACTED]
Conta corrente [REDACTED]
Valor 100,00
Destinação 0
Data Nesta data

| | | |
|--------------|------------------------------|---------------------|
| Assinada por | JD715362 FRANCISCA HENRIQUES | 06/01/2022 12:57:23 |
| | JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA | 10/01/2022 10:08:38 |

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA.