



# 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>0004405</b>	Data de Emissão: 29/03/2022	Tipo: Ordinário	Anulação Num.:
--	---	---------------------------	--------------------------------	--------------------	----------------

Número da Ficha: <b>508</b>	Unidade Orçamentária: 0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
--------------------------------	--

Classificação da Despesa: 10 - SAÚDE 301 - ATENÇÃO BÁSICA 4002 - ATENÇÃO BÁSICA 2129 - MANTER AS ATIVIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA - PAB 3.3.90.36.01 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FISICA 600 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal - Bloco 0 - Sem CO definido 038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA	Saldo Anterior: 421.469,17 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 421.469,17 Este Empenho: 150,00 Saldo da Dotação: 421.319,17
--	---

Credor: ANCELMA MARIA FERREIRA DOS SANTOS	Tipo: <input 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: <input type="checkbox"/> 106.034- <input type="checkbox"/>
--	---	---

Endereço: RUA HERMES MAIA, 16	Complemento:
----------------------------------	--------------

Bairro: MAIA	Cidade / UF: PRINCESA ISABEL - PB	CEP: 58755-000
-----------------	--------------------------------------	-------------------

Especificação da Despesa: VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE A GRATIFICAÇÃO PARA CAMPANHA DO COMBATE AO COVID - 19, VINCULADO A SECRETARIA DE SAÚDE DESTE MUNICÍPIO. CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.
--

Tipo de Meta: 9 - DESPESA COVID-19	Convênio:	Valor da Despesa: <b>150,00</b>
---------------------------------------	-----------	------------------------------------

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:
-----------	--------------------

Fica empenhada a importância de R\$ 150,00 (Cento e Cinquenta Reais)



Ass. Ordenador de Despesas: em: 29/03/2022  RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	Deduzida da Dotação: em: 29/03/2022 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 ANCELMA MARIA F SANTOS  
Agência   
Conta corrente   
Valor 150,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	11/03/2022 15:12:59
	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	11/03/2022 16:20:38

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA.