

# 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:<br><input type="checkbox"/> | 1-Ordinário Suplementar<br>2-Especial<br>3-Extraordinário<br>4-Fundo Especial | Número:<br><b>0007218</b> | Data de Emissão:<br>12/05/2022 | Tipo:<br>Ordinário | Anulação Num.: |
|--|---|---------------------------|--------------------------------|--------------------|----------------|

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

|  |   |
|--|---|
| Classificação da Despesa:<br>10 - SAÚDE<br>301 - ATENÇÃO BÁSICA<br>4002 - ATENÇÃO BÁSICA<br>2129 - MANTER AS ATIVIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA - PAB<br>3.3.90.36.01 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FISICA<br>600 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal - Bloco<br>0 - Sem CO definido<br>038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA | Saldo Anterior: 207.486,08<br>Suplementação: 0,00<br>Anulação: 0,00<br>Soma: 207.486,08<br>Este Empenho: 100,00<br>Saldo da Dotação: 207.386,08 |
|--|---|

|                                  |  |                       |
|----------------------------------|--|-----------------------|
| Nome:<br>CARLENE BELO DOS SANTOS | Tipo:<br><input checked="" type="checkbox"/> 1-Pessoa Física<br><input type="checkbox"/> 2-Pessoa Jurídica<br><input type="checkbox"/> 3-Folha de Pagamento<br><input type="checkbox"/> 4-Outros | CNPJ/CPF:<br>810.854- |
|----------------------------------|--|-----------------------|

|   |              |
|---|--------------|
| Endereço:<br>RUA ALFREDO CARLOS DA COSTA, S/N | Complemento: |
|---|--------------|

|                 |                                      |                   |
|-----------------|--------------------------------------|-------------------|
| Bairro:<br>MAIA | Cidade / UF:<br>PRINCESA ISABEL - PB | CEP:<br>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, JUNTO A SECRETARIA DE SAÚDE DESTE MUNICÍPIO. CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

|                                       |           |                                    |
|---------------------------------------|-----------|------------------------------------|
| Tipo de Meta:<br>9 - DESPESA COVID-19 | Convênio: | Valor da Despesa:<br><b>100,00</b> |
|---------------------------------------|-----------|------------------------------------|

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| § DA LICITAÇÃO: |                                |
| Licitação:      | Modalidade:<br>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\$ 100,00 (Cem Reais)

|  |  |  |                                     |
|--|--|--|-------------------------------------|
| Ass. Ordenador de Despesas:<br>em: 12/05/2022<br>RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO | Deduzida da Dotação:<br>em: 12/05/2022<br>Ass. | Liquidação:<br>em: ___/___/___<br>Ass. | Pague-se<br>em: ___/___/___<br>Ass. |
|--|--|--|-------------------------------------|

---

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

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

**Creditado**

Nome CHARLENE BELO DOS SANTOS  
Agência [REDACTED]  
Conta corrente [REDACTED]  
Valor 100,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

|              |                              |                     |
|--------------|------------------------------|---------------------|
| Assinada por | JD715362 FRANCISCA HENRIQUES | 12/05/2022 11:33:47 |
|              | JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA  | 12/05/2022 13:33:51 |

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA.