



# 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>0011023</b>	Data de Emissão: 14/07/2022	Tipo: Ordinário	Anulação Num.:
--	---	---------------------------	--------------------------------	--------------------	----------------

Número da Ficha: <b>556</b>	Unidade Orçamentária: 0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
--------------------------------	--

Classificação da Despesa: 10 - SAÚDE 301 - ATENÇÃO BÁSICA 4002 - ATENÇÃO BÁSICA 2134 - MANTER O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - 15% 3.3.90.48.01 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS ÀS 500 - RECURSOS ORDINÁRIOS 1002 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde 099 - SEM SUBELEMENTO	Saldo Anterior: 98.894,81 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 98.894,81 Este Empenho: 120,00 Saldo da Dotação: 98.774,81
---	--

Credor: JOSELANDIA PEREIRA DE SIQUEIRA	Tipo: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	CNPJ/CPF: 213.484
---	---	----------------------

Endereço: RUA JANDIRA GOMES GOES	Complemento:
-------------------------------------	--------------

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

Especificação da Despesa: VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE A CONCESSÃO DE UM AUXÍLIO PARA SEGURANÇA ALIMENTAR, DE ENFRENTAMENTO AO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19) EM CONSONÂNCIA COM A LEI COMPLEMENTAR FEDERAL Nº 173, DE 27 DE MAIO DE 2020, DE ACORDO COM A DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO.
--

Tipo de Meta: 7 - OUTRAS	Convênio:	Valor da Despesa: <b>120,00</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\$ 120,00 (Cento e Vinte Reais)
--

Ass. Ordenador de Despesas: em: 14/07/2022  RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	Deduzida da Dotação: em: 14/07/2022 Ass.	Liquidação: em: ____/____/____ Ass.	Pague-se em: ____/____/____ Ass.
--	--	---	--

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL**

CNPJ: 08.888.968/0001-08

RUA DR ARROJADO LISBOA, Nº SN - CENTRO - PRINCESA ISABEL/PB, CEP: 58755000

Sistema de Controle de Tesouraria

**Cópia de Cheque**

Comp	Banco	Agência DV	C1	Conta	C2	Série	Cheque Nº	C3
	001	0867-2-		8.423-9-			872297	R\$120,00
Pague por este cheque a quantia de		Cento e Vinte Reais.*****						
*****		*****						
a		<b>JOSELANIA PEREIRA DE SIQUEIRA</b>						
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL 08888968000108 RUA DR ARROJADO LISBOA Nº SN - CENTRO - PRINCESA ISABEL/PB CEP 58755000		PRINCESA ISABEL,					8 de Julho	de 2022

**Banco:** BANCO DO BRASIL S.A.

**Conta:** F.M.S.

**Cheque:** 872297

**Nº Conta:** 8.423-9-

**Talão:** TL

**Numero Empenho:**

**Data Empenho:**

**Utilizado para:** gamento referente a ajuda de custo para tratamento de saúde, conforme copia de cheque recibo e documentação em anexo. Pago com recursos do F.M.S.