

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;">0004081</p>	Data de Emissão: <p style="text-align: center;">30/04/2020</p>	Tipo: <p style="text-align: center;">Ordinário</p>	Anulação Num.:
---	--	---	---	----------------

Número da Ficha: <p style="text-align: center; font-weight: bold;">535</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 2134 - MANTER O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - 15% 3.3.90.30.01 - MATERIAL DE CONSUMO 211000000 - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Saúde 019 - OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	Saldo Anterior: 677.591,15 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 677.591,15 Este Empenho: 75,00 Saldo da Dotação: 677.516,15
--	--

Credor: <p style="text-align: center;">ESTELITA SOUSA COSTA MUNIZ</p>	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: <p style="text-align: center;">04.429.172/0001-36</p>
Endereço: <p style="text-align: center;">RUA CEL. MARCOLINO PEREIRA LIMA, S/N</p>	Complemento:	
Bairro: <p style="text-align: center;">CENTRO</p>	Cidade / UF: <p style="text-align: center;">PRINCESA ISABEL - PB</p>	CEP: <p style="text-align: center;">58755-000</p>

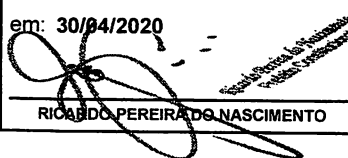

Especificação da Despesa: VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA PAGAMENTO REFERENTE A AQUISIÇÃO DE ALCOOL 70% GL, DESTINADO AO CER, VINCULADO A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DESTE MUNICÍPIO. CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.
--

Tipo de Meta: <p style="text-align: center;">7 - OUTRAS</p>	Convênio:	Valor da Despesa: <p style="text-align: right; font-weight: bold;">75,00</p>
--	-----------	---

DADOS DA LICITAÇÃO:	
Licitação:	Modalidade: <p style="text-align: center;">6-Dispensa por Valor</p>
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\$ 75,00 (Setenta e Cinco Reais)

Ass. Ordenador de Despesas: em: 30/04/2020  RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	Deduzida da Dotação: em: 30/04/2020 Ass. 	Liquidação: em: ___/___/___ Ass.	Pague-se em: ___/___/___ Ass.
--	--	--	-------------------------------------

FARMACIA IDEAL

CNPJ: 04.429.172/0001-36 ESTELITA SOUZA COSTA MUNI;
RUA CEL MARCOLINO PEREIRA LIMA, 01 CENTRO -
PRINCESA ISABEL - PB 58755-000 Fone: (83)3457-2902 I.E.
16131889-4

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA

Código Descrição Qtde Un Valor unit. Valor total
001 32042 ALC00L 70% GL 3 UND X 25 75,00

QTD. TOTAL DE ITENS	001
VALOR TOTAL R\$	75,00
FORMA DE PAGAMENTO	Valor Pago
Dinheiro	75,00

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.receita.pb.gov.br/nfce/consulta>
2520 0404 4291 7200 0136 6500 1000 0665 9210 0323 5584

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e nº 000066592 Série 001 22/04/2020 12:42:26

Protocolo de Autorização: 325200098453826

Data de Autorização 22/04/2020 12:42:32



Vendedor: NEGA Venda: 323558

Digitarm

EM _____ de _____
PAGO _____ de _____