

# 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: | 1-Ordinário Suplementar<br>2-Especial<br>3-Extraordinário<br>4-Fundo Especial | Número: | 0004852 | Data de Emissão: | 05/05/2020 | Tipo: | Ordinário | Anulação Num.: |
|------------------|---|---------|---------|------------------|------------|-------|-----------|----------------|

|                  |                                 |
|------------------|---------------------------------|
| Número da Ficha: | Unidade Orçamentária:           |
| <b>744</b>       | 0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |

|   |                   |            |
|---|-------------------|------------|
| Classificação da Despesa:   | Saldo Anterior:   | 816.200,00 |
| 10 - SAÚDE  | Suplementação:    | 0,00       |
| 122 - ADMINISTRAÇÃO GERAL   | Anulação:         | 0,00       |
| 2048 - ENFRENTAMENTO COVID 19   | Soma:             | 816.200,00 |
| 2162 - ENFRENTAMENTO EMERGÊNCIA SAÚDE COVID 19  | Este Empenho:     | 4.200,00   |
| 3.3.90.39.01 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. JURÍDICA                                   | Saldo da Dotação: | 812.000,00 |
| 214000000 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal |                   |            |
| 061 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA JURÍDICA   |                   |            |

|                                  |       |                    |
|----------------------------------|-------|--------------------|
| Credor:                          | Tipo: | CNPJ/CPF:          |
| FREDSON GEORGE OLIVEIRA DE SOUSA | 2     | 06.306.274/0001-90 |

|                             |              |
|-----------------------------|--------------|
| Endereço:                   | Complemento: |
| RUA JOÃO LÚCIO PEREIRA. 215 |              |

|         |              |           |
|---------|--------------|-----------|
| Bairro: | Cidade / UF: | CEP:      |
| CENTRO  | POMBAL - PB  | 58840-000 |



**Especificação da Despesa:**  
 VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA PAGAMENTO REFERENTE AOS SERVIÇOS PRESTADOS NA CONFECÇÃO DE 210 (DUZENTOS E DEZ) PROTETORES FACIAIS PARA O COMBATE AO COVID-19, DESTINADOS AO HOSPITAL DEPUTADO JOSÉ PEREIRA LIMA. CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

|               |           |                   |
|---------------|-----------|-------------------|
| Tipo de Meta: | Convênio: | Valor da Despesa: |
| 1 - SERVIÇOS  |           | <b>4.200,00</b>   |

|                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| <b>DADOS DA LICITAÇÃO:</b> |                      |
| Licitação:                 | Modalidade:          |
|                            | 6-Dispensa por Valor |
| Contrato:                  | Processo:            |
|                            |                      |

|                       |            |       |                    |
|-----------------------|------------|-------|--------------------|
| <b>DADOS DA OBRA:</b> |            |       |                    |
| Código da Obra:       | Categoria: | Tipo: | Data de Início:    |
|                       |            |       |                    |
| Fonte de Recurso:     |            |       | Data Prevista:     |
|                       |            |       |                    |
| Situação:             |            |       | Data da Conclusão: |
|                       |            |       |                    |

Fica empenhada a importância de R\$ 4.200,00 (Quatro Mil e Duzentos Reais)

|   |  |                 |                 |
|---|--|-----------------|-----------------|
| Ass. Ordenador de Despesas:   | Deduzida da Dotação:   | Liquidação:     | Pague-se        |
| em: 05/05/2020  | em: 05/05/2020   | em: ___/___/___ | em: ___/___/___ |
| <br>RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO | Ass.  | Ass.            | Ass.            |



PREFEITURA DE  
**PRINCESA ISABEL**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MEMORANDO GAB Nº 487/2020

Princesa Isabel, 07 de maio de 2020.

Ao Ilustríssimo Senhor  
Fábio Braz Pereira  
Secretário Municipal de Finanças, Administração e Planejamento.

Senhor Secretário,

Solicito o pagamento da nota fiscal nº 020765 da empresa **FREDSON GEORGE OLIVEIRA DE SOUSA** no valor R\$ 4.200,00 (quatro mil e duzentos reais) referente á confecção de 210 protetores faciais para combate do COVID 19, destinados ao Hospital Deputado José Pereira Lima.

Banco do Brasil


AG: 521-5

C/C: 20371-8

**Documentação da despesa (nota fiscal, contrato ou ordem de fornecimento e/ou serviços) para prévio empenho.**

| DOCUMENTO FISCAL |        | Processo Administrativo |          | PROCESSO LICITATÓRIO / compras e serviços |        |          |          |
|------------------|--------|-------------------------|----------|---|--------|----------|----------|
| Tipo             | Número | Número                  | Data     | Modalidade                                | Número | Prot.TCE | Vigência |
| NF-e             | 020765 |                         | 07/05/20 |   |        |          |          |

CADASTRO DE OBRAS TCE:

| DESTINAÇÃO DOS RECURSOS  |   |
|--|---|
| Unidade Orçamentária   | Ação de Governo   |
| Secretaria Municipal de Saúde  | Hospital Deputado José Pereira Lima                           |
| ATESTADO PROCESSUAL  |   |
| PELO RESPONSÁVEL DO PROCESSO DA DESPESA  | PELA CONTROLADORIA  |
| Atesto que as informações são verdadeiras e os serviços / mercadorias foram realizados / fornecidos.   | Processo da despesa de conformidade com as exigências legais. |
| <br>Assinatura com carimbo e matrícula<br>Secretaria de Saúde | Assinatura com carimbo e matrícula                            |





---

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

---

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

**Creditado**

---

|                |                           |
|----------------|---------------------------|
| Nome           | FREDSON GEORGE OLIVEIRA D |
| Agência        | 521-5                     |
| Conta corrente | 20371-8                   |
| Valor          | 4.200,00                  |
| Data           | Nesta data                |

---

|              |                              |
|--------------|------------------------------|
| Assinada por | JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA  |
|              | JD715362 FRANCISCA HENRIQUES |

---

|                     |
|---------------------|
| 07/05/2020 11:50:31 |
| 07/05/2020 12:39:00 |

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.