

Estado da Paraíba

Fundo Municipal de Saúde de CajazeirasC.N.P.J.: 11.902.878/0001-39
JOSÉ MOREIRA DE FIGUEIREDO

FEVEREIRO/2022

BAIXA DE EMPENHO

| UNIDADE ORÇAMENTARIA | | Número | Parc. | DATA |
|----------------------|--------------------------------|----------------|-------|---------------------|
| Unidade Emitente | 02130 Fundo Municipal de Saúde | 00178 | 00001 | 10/02/2022 |
| Unidade Orçamentária | 02130 Fundo Municipal de Saúde | VALOR : | | R\$ 5.340,00 |

| CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA | | | |
|--------------------------|--|-----------------------------------|--|
| Tipo de Crédito | 0 - Orçamentário 1 - Especial 2 - Extraordinário | Credito Especial / Extraordinário | Transferências Fundo a Fundo de Recursos |
| 0 | | | Modalidade 0 - Ordinário 1 - Estimativo 2 - Global |
| | | | 0 |

| PROGRAMA DE TRABALHO | |
|---|--|
| FunçãoSub-Função: Programa: Proj./Atividade : Natureza da Despesa : 339036 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA | |
| 10 301 1004 2103 | |
| <ul style="list-style-type: none"> → Saúde → Atenção Básica → Saúde Mais, e do Jeito Certo → Manutenção das Ações de Enfrentamento da Pandemia do Coronavírus | |
| Fonte de Recurso/CO : 16000000 | Transferências Fundo a Fundo de Recursos |

| CREDOR | |
|-------------------------------------|------------------------|
| Nome: ANA LUIZA ALVES GURGEL FRANÇA | C.P.F.: 054.897.543-46 |
| Endereço: AVENIDA CAJAZEIRAS | Bairro: |
| Cidade: Cajazeiras | UF: PB CEP: 58.000-000 |
| | Telefone: Fax: () - |

HISTÓRICO

VALOR QUE SE EMPENHA REFERENTE VALORES DOS PLANTÕES EXTRAS DA MÉDICA RESIDENTE ANA LUIZA ALVES GURGEL FRANÇA, NO MÊS DE JANEIRO/2022: 03 PLANTÕES DE FIM DE SEMANA (DE 24 HORAS), 03 PLANTÕES DE SEMANA (DE 12 HORAS) E 02 ADICIONAIS NOTURNOS TRABALHADOS NO SAMU, DESTINADO AO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DO COVID-19, CONFORME MEMORANDO N° 001/2022 - SMS EM ANEXO.

| DOCUMENTOS FINANCEIRO VINCULADOS | RETENÇÕES VINCULADAS | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|---|-----------------|-------|--------------------|--------------|-----------------|------------------|--------------|-------------|----------------------|--------------|-----------------|
| Tipo de Movimento Débito Bancário | Nº. Doc. | Descrição | Valor | | | | | | | | | |
| CONTA DEBITADA | | | | | | | | | | | | |
| 505 624077-9 CEF FMS SUS - CUSTEIO | | | | | | | | | | | | |
| Doc. Bancário: | | | | | | | | | | | | |
| DADOS DA CONTA DO CREDOR | <table border="1"> <tr> <td>VALOR BRUTO</td> <td>: R\$</td> <td>5.340,00</td> </tr> <tr> <td>DESCONTOS</td> <td>: R\$</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>VALOR LIQUIDO</td> <td>: R\$</td> <td>5.340,00</td> </tr> </table> | | | VALOR BRUTO | : R\$ | 5.340,00 | DESCONTOS | : R\$ | 0,00 | VALOR LIQUIDO | : R\$ | 5.340,00 |
| VALOR BRUTO | : R\$ | 5.340,00 | | | | | | | | | | |
| DESCONTOS | : R\$ | 0,00 | | | | | | | | | | |
| VALOR LIQUIDO | : R\$ | 5.340,00 | | | | | | | | | | |
| Banco.: | | | | | | | | | | | | |
| Agencia.: | | | | | | | | | | | | |
| Conta C.: | | | | | | | | | | | | |

| Assinaturas | Assinaturas | Assinaturas |
|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Ordeno o Pagamento | Autorizo o Pagamento | Atesto a Baixa da Despesa |
| MYCHELLE DANTAS DE ALMEIDA NOLETO | | |
| SECRETÁRIA DE SAÚDE | Secretário(a)/Responsável | Tesoureiro(a) |