

Estado da Paraíba  
Poder Executivo

Prefeitura Municipal de Cajazeiras

C.N.P.J.: 08.923.971/0001-15

R. CEL. JUVENIO CARNEIRO

JANEIRO/2021

### BAIXA DE EMPENHO

| UNIDADE ORÇAMENTARIA |   | Número - Parc. | DATA                |
|----------------------|---|----------------|---------------------|
| Unidade Emitente     |   |                |                     |
| 02130                | Secretaria Municipal da Fazenda Pública | 00156 00001    | 12/01/2021          |
| Unidade Orçamentária |   |                |                     |
| 02130                | Fundo Municipal de Saúde                | <b>VALOR :</b> | <b>R\$ 1.200,00</b> |

| CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA |  |                                   |  |
|--------------------------|--|-----------------------------------|--|
| Tipo de Crédito          | 0 - Orçamentário<br>1 - Especial<br>2 - Extraordinário | Credito Especial / Extraordinário | Receitas de Impostos e de Transferência                  |
| 0                        |  |                                   | Modalidade 0 - Ordinário<br>1 - Estimativo<br>2 - Global |
|                          |  |                                   | 0  |

| PROGRAMA DE TRABALHO  |  |
|---|--|
| Função: Sub-Função: Programa: Proj./Atividade : Natureza da Despesa : | 339093 INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES   |
| 10 302 1004 2066  |  |
|   | → Saúde  |
|   | → Assistência Hospitalar e Ambulatorial  |
|   | → Saúde Mais, e do Jeito Certo   |
|   | → Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde da Atenção de Média e Alta Comple |
| Fonte de Recurso Orçamentário   | 0000 Receitas de Impostos e de Transferência                                       |

| CREDOR                             |                        |
|------------------------------------|------------------------|
| Nome: SANANDA KAYRONE MACIEL BRAGA | C.P.F.: 090.127.634-01 |
| Endereço:                          | Bairro:                |
| Cidade: Cajazeiras                 | UF: PB CEP: 58.000-000 |
|                                    | Telefone: Fax:         |

**HISTÓRICO**

CORRESPONDENTE A AJUDA DE CUSTO A TÍTULO DE INDENIZAÇÃO POR SERVIÇOS ADICIONAIS AOS SERVIDORES ADICIONAIS AOS SERVIDORES DA SEC. MUN. DE SAÚDE QUE ESTÃO DESEMPENHANDO AS AÇÕES DE COMBATE AO CORONAVÍRUS NOS PERÍODOS NOTURNOS, FINAIS DE SEMANA E FERIADOS, A CITAR: AÇÕES DE FISCALIZ. NO DISK DENÚNCIA, HIGIENIZAÇÃO DOS EQUIP. PÚBLICO E DAS RUAS E AVENIDAS, EMISSÃO DE NOTIFICAÇÕES, ÀS EMPRESAS QUE DESCUMPRIRAM O DECRETO, VISTA DA EQUIPE DE EPIDEM. PARA MONITORAMENTO DE CASOS SUSPEITOS E CONFIRMADOS

| DOCUMENTOS FINANCEIRO VINCULADOS    | RETENÇÕES VINCULADAS |                       |
|-------------------------------------|----------------------|-----------------------|
| Tipo de Movimento : Débito Bancário | Nº. Doc. -           | Descrição - Valor     |
| CONTA DEBITADA                      |                      |                       |
| 1427 RECURSOS PROPRIOS 15% EC 29    |                      |                       |
| Doc. Bancário: 11236                |                      |                       |
| DADOS DA CONTA DO CREDOR            |                      |                       |
| Banco.:                             | <b>VALOR BRUTO</b>   | <b>: R\$ 1.200,00</b> |
| Agencia.:                           | <b>DESCONTOS</b>     | <b>: R\$ 0,00</b>     |
| Conta C.:                           | <b>VALOR LIQUIDO</b> | <b>: R\$ 1.200,00</b> |

| Assinaturas   |                                    |                           |
|---|------------------------------------|---------------------------|
| Ordeno o Pagamento                                    | Autorizo o Pagamento               | Atesto a Baixa da Despesa |
| _____<br>José Aldemir Meireles de Almeida<br>Prefeito | _____<br>Secretário(a)/Responsavel | _____<br>Tesoureiro(a)    |