

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;">0000307</p>	Data de Emissão: <p style="text-align: center;">29/01/2021</p>	Tipo: <p style="text-align: center;">Ordinário</p>	Anulação Num.:
---	--	---	---	----------------

Número da Ficha: <p style="text-align: center; font-weight: bold;">705</p>	Unidade Orçamentária: <p style="text-align: center;">0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE</p>
---	---

Classificação da Despesa: 10 - SAÚDE 305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 2048 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA COVID 19 2162 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19 3.3.90.39.01 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. JURÍDICA 214000000 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal 061 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA JURÍDICA	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>Saldo Anterior:</td> <td style="text-align: right;">1.506.250,00</td> </tr> <tr> <td>Suplementação:</td> <td style="text-align: right;">0,00</td> </tr> <tr> <td>Anulação:</td> <td style="text-align: right;">0,00</td> </tr> <tr> <td>Soma:</td> <td style="text-align: right;">1.506.250,00</td> </tr> <tr> <td>Este Empenho:</td> <td style="text-align: right;">1.500,00</td> </tr> <tr> <td>Saldo da Dotação:</td> <td style="text-align: right;">1.504.750,00</td> </tr> </table>	Saldo Anterior:	1.506.250,00	Suplementação:	0,00	Anulação:	0,00	Soma:	1.506.250,00	Este Empenho:	1.500,00	Saldo da Dotação:	1.504.750,00
Saldo Anterior:	1.506.250,00												
Suplementação:	0,00												
Anulação:	0,00												
Soma:	1.506.250,00												
Este Empenho:	1.500,00												
Saldo da Dotação:	1.504.750,00												

Credor: ALYSSON BRENO BARBOSA LEANDRO	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: 29.668.030/0001-52
--	--	---------------------------------

Endereço: RUA MAESTRO JOÃO BATISTA DE SIQUEIRA	Complemento:
---	--------------

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

Especificação da Despesa:
 VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE AO ALUGUEL DE 01 (UMA) TENDA PARA O HOSPITAL DEPUTADO JOSÉ PEREIRA LIMA NO DIA 01/12/2020 A 30/12/2020, PARA DEMANDAS DE COMBATE AO COVID-19, JUNTO A SECRETARIA DE SAÚDE DESTE MUNICÍPIO. CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

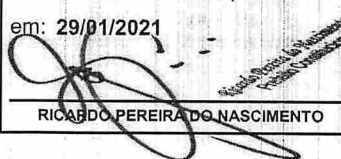

Tipo de Meta: 9 - DESPESA COVID-19	Convênio:	Valor da Despesa: <p style="font-weight: bold;">1.500,00</p>
---------------------------------------	-----------	---

DADOS DA LICITAÇÃO:	
Licitação:	Modalidade: 6-Dispensa por Valor

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\$ 1.500,00 (Um Mil e Quinhentos Reais)

Ass. Ordenador de Despesas: em: 29/01/2021  RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	Deduzida da Dotação: em: 29/01/2021  Ass.	Liquidação: em: ___/___/___ Ass.	Pague-se em: ___/___/___ Ass.
--	---	--	-------------------------------------



PREFEITURA DE
PRINCESA ISABEL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MEMORANDO GAB Nº 20/2021

Princesa Isabel, 14 de janeiro de 2021.

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

Senhor Secretário,

Solicito o pagamento da nota fiscal nº 99 da empresa **ALYSSON BRENNO BARBOSA LEANDRO** no valor de R\$ 1.500,00 (Hum mil e quinhentos reais) referente aluguel de tenda para o Hospital Deputado José Pereira Lima 01/12 a 30/12/2020, para demandas de combate ao COVID-19, de acordo com Decreto Legislativo nº6, de2020 do Congresso Nacional; portaria nº 1.233, de 29 de abril de 2020 do Ministério do Desenvolvimento Regional; Decreto Municipal nº 10, de 02 de abril de 2020.

Banco do Brasil

AG: 0867-2

C/C: 25.138-0

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	99		06/01/2021				

CADASTRO DE OBRAS TCE:

DESTINAÇÃO DOS RECURSOS	
Unidade Orçamentária	Ação de Governo
Secretaria Municipal de Saúde	Secretaria Municipal de Saúde
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.
 Francisca de Lucena Henriques Secretária de Saúde Matrícula: 19816 Assinatura com carimbo e matrícula	Assinatura com carimbo e matrícula

Imprimir



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO, RECEITA E PLANEJAMENTO

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NF-e

Número da Nota

99

Data e Hora de Emissão

06/01/2021 12:42

Código de Verificação

IZMM-RZOK

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF: **29.668.030/0001-52**Nome: **ALYSSON BRENNO BARBOSA LEANDRO 12422497454**Razão Social: **ALYSSON BRENNO BARBOSA LEANDRO 12422497454**Endereço: **Rua Maestro João Batista de Siqueira, S/Nº**Município: **PRINCESA ISABEL**Inscrição Municipal: **05.005/2018**Inscrição Estadual: **Nao Informado**PIS/PASEP: **Nao Informado**UF: **PB**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE PRINCESA ISABEL**CPF/CNPJ: **10.473.821/0001-07**Endereço: **RUA PEDRO SOBREIRA**Município: **PRINCESA ISABEL**E-mail: **Nao Informado**Inscrição Municipal: **NAO INFORMADO**Inscrição Estadual: **NAO INFORMADO**CEP: **58755-000**UF: **PB**

DISCRIMINAÇÃO DE SERVIÇOS E DEDUÇÕES

Código	Serviço	Alíquota (%)	Base de Calculo (R\$)	Iss retido (R\$)	Iss (R\$)
3329599	INSTALAÇÃO DE OUTROS EQUIPAMENTOS NÃO ESPECIFICADOS ANTERIORMENTE	0,00	1.500,00	0,00	0,00

Discriminação dos Serviços

aluguel de 1 tenda para o hospital Jose pereira lima do dia 01/12/2020 a 30/12/2020 .

DADOS BANCARIOS :

BANCO DO BRASIL

AGENCIA : 0867-2

C.C : 25138-0

VALOR LÍQUIDO = R\$ 1.500,00 / VALOR TOTAL = R\$ 1.500,00

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Valor do ISS (R\$)
0,00	1.500,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Esta NF-e foi emitida com respaldo na Lei nº 1.347/2017 e no Decreto nº 003/2018