

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 2-Especial 3-Extraordinário 4-Fundo Especial	Número: 0002914	Data de Emissão: 05/04/2021	Tipo: Ordinário	Anulação Num.:	
Número da Ficha: 521		Unidade Orçamentária: 0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE					
Classificação da Despesa: 10 - SAÚDE 301 - ATENÇÃO BÁSICA 4002 - ATENÇÃO BÁSICA 2134 - MANTER O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - 15% 3.3.90.48.01 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS ÀS 001000000 - Recursos Ordinários 099 - SEM SUBELEMENTO				Saldo Anterior: 45.275,34 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 45.275,34 Este Empenho: 100,00 Saldo da Dotação: 45.175,34			
Credor: JOCILEIDE DUARTE SANTANA			Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	CNPJ/CPF: 051.540.724-05			
Endereço: SITIO SERRA DO GAVIAO			Complemento: ZONA RURAL				
Bairro:			Cidade / UF: PRINCESA ISABEL - PB		CEP: 58755-000		
Especificação da Despesa: VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE A CONCESSÃO DE UM AUXÍLIO PARA SEGURANÇA ALIMENTAR, DE ENFRENTAMENTO AO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19) EM CONSONÂNCIA COM A LEI COMPLEMENTAR FEDERAL Nº 173, DE 27 DE MAIO DE 2020, DE ACORDO COM A DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO.							
Tipo de Meta: 9 - DESPESA COVID-19		Convênio:		Valor da Despesa: 100,00			
DADOS DA LICITAÇÃO:							
Licitação:		Modalidade: 9-Sem Licitação					
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\$ 100,00 (em Reais)							
Ass. Ordenador de Despesas: em: 05/04/2021  RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO		Deduzida da Dotação: em: 05/04/2021 Ass.		Liquidação: em: ___/___/___ Ass.		Pague-se em: ___/___/___ Ass.	

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL

CNPJ: 08.888.968/0001-08

RUA DR ARROJADO LISBOA, Nº SN - CENTRO - PRINCESA ISABEL/PB, CEP: 58755000

Sistema de Controle de Tesouraria

Página 1 de 1

Cópia de Cheque

Comp	Banco	Agência DV	C1	Conta	C2	Série	Cheque Nº	C3
	001	0867-2-		8.423-9-			865340	R\$100,00
Pague por este cheque a quantia de		Cem Reais.*****						
*****		ou a sua ordem						
a		JOCICLEIDE DUARTE SANTANA PEREIRA						
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL 08888968000108 RUA DR ARROJADO LISBOA, Nº SN - CENTRO - PRINCESA ISABEL/PB, CEP: 58755000		PRINCESA ISABEL, 16 de Março					de 2021	

Banco: BANCO DO BRASIL S.A.

Conta: F.M.S.

Cheque: 865340

Nº Conta: 8.423-9-

Talão: TL

Numero Empenho:

Data Empenho:

Utilizado para: Pagamento referente ao auxilio para segurança alimentar em consonancia com a Lei Complementar Nº173, Corona Vírus. Conforme copia de cheque, recibo e documentação em anexo. Pago com FMS.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL
RUA DR ARROJADO LISBOA, Nº SN - CENTRO - PRINCESA ISABEL/PB, CEP: 58755000

08.888.968/0001-08

RECIBO

VALOR BRUTO	R\$100,00
Base de Calculo IRRF	R\$0,00
ISS	0,00
IRRF	0,00
Base de Calculo INSS	R\$0,00
INSS	0,00
PREV. PRÓPRIA	0,00
Outros	0,00
EMPREENDER	0,00
SEST/SENAT	0,00
VALOR LIQUIDO	R\$100,00

Recebi da PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL, a importância de R\$ 100,00 (Cem Reais. *****), Pagamento referente ao auxílio para segurança alimentar em consonância com a Lei Complementar Nº173, Corona Vírus. Conforme copia de cheque, recibo e documentação em anexo. Pago com FMS. Pelo qual dou plena e total quitação.

PRINCESA ISABEL, 16 de Março de 2021.

Jocicleide Duarte Santana Pereira

JOCICLEIDE DUARTE SANTANA PEREIRA
SITIO GAVIÃO - Bairro: - PRINCESA ISABEL-PB. CEP: 58755000
CPF: 051.540.724-05

PAGUE-SE

EM , 16 de Março de 2021.

Prefeito(a)

PAGO

Recurso: F.M.S.
Banco: BANCO DO BRASIL S.A.
Líquido: R\$ 100,00 Cheque: 865340
Em, 16 de Março de 2021.

Tesoureiro(a)



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL

CNPJ: 08.888.968/0001-08

RUA DR ARROJADO LISBOA S/N - CENTRO - PRINCESA ISABEL-PB CEP:58755000

Processo: **9933 / 2021**

Data: **12/03/2021**

Requerente: **JOCICLEIDE DUARTE SANTANA PEREIRA**

Endereco **SITIO GAVIAO**

Bairro: **AREA RURAL**

Cidade: **PRINCESA ISABEL**

UF: **PB**

Celular:

Cep: **58755000**

Assunto: _____

DESPACHO

VISTOS ETC., CONSIDERANDO A DOCUMENTAÇÃO ANEXA AO PRESENTE REQUERIMENTO DE DOAÇÃO NA FORMA DE AJUDA DE CUSTO AMPARADA NA LEI MUNICIPAL 910/05, E CONSIDERANDO QUE AS DOAÇÕES REALIZADAS FAZEM PARTE DE PROGRAMAS SOCIAIS AUTORIZADOS EM LEI E JÁ EM EXECUÇÃO ORÇAMENTARIA NO EXERCÍCIO ANTERIOR, AUTORIZO O SEU PAGAMENTO.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL
CNPJ: 08.888.968/0001-08
RUA DR ARROJADO LISBOA S/N - CENTRO - PRINCESA ISABEL-PB CEP:58755000

REQUERIMENTO DO USUÁRIO

Processo: **9933 / 2021**

Eu JOCICLEIDE DUARTE SANTANA PEREIRA

Identidade: 2945622

CPF: 05154072405

Endereço: SITIO GAVIAO

Bairro: AREA RURAL

Cep: 58755000

Cidade: PRINCESA ISABEL

UF: PB

Venho por meio deste, solicitar da Prefeitura de Princesa Isabel, através da Secretaria de Saúde, o benefício abaixo discriminado:

Benefício Requerido:

AUXILIO PARA SEGURANÇA ALIMENTAR EM CONSONANCIA COM A LEI
COMPLEMENTAR 173 CORONA VIRUS

Princesa Isabel-PB, 12/03/2021

Jocicleide Duarte S. Pereira

Requerente



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL
CNPJ: 08.888.968/0001-08
RUA DR ARROJADO LISBOA S/N - CENTRO - PRINCESA ISABEL-PB CEP:58755000

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO

Processo: **9933 / 2021**

Declaro para os devidos fins de direito, que recebi da Prefeitura de Princesa Isabel-PB, o benefício abaixo discriminado referente a minha solicitação, conforme a Lei Municipal 910/05, ou a Lei Municipal n 1.388 de 14 de março de 2018 e artigo 26 da Lei Complementar n. 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal).

Setor/Secretaria: PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL

Valor R\$: 100,00
(cem reais)

Princesa Isabel-PB, 12/03/2021

JOCICLEIDE DUARTE SANTANA PEREIRA

CPF: 05154072405



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL

CNPJ: 08.888.968/0001-08

RUA DR ARROJADO LISBOA S/N - CENTRO - PRINCESA ISABEL-PB CEP:58755000

FICHA DE TRIAGEM

Processo: 9933 / 2021

UBS Oriem:		CNS:	
Nome:	JOCICLEIDE DUARTE SANTANA PEREIRA	Sexo:	F
Nascimento:	14/05/1984	Estado Civil:	
Identidade:	2945622	CPF:	05154072405
Celular:		Naturalidade:	
Endereco:	SITIO GAVIAO	Cep:	58755000
Bairro:	AREA RURAL	Cidade:	PRINCESA ISABEL UF PB
Mãe:	RITA JOSE SANTANA	Pai:	ARNAUD DUARTE SANTANA

ASPECTOS FÍSICOS

PORTADOR DE DEFICIÊNCIA	QUAL
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
PORTADOR DE ENFERMIDADE	QUAL
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
FAZ USO DE MEDICAÇÃO	QUAL
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
JÁ CONSULTOU ASSISTENTE SOCIAL	
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	

ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICO

ASPECTO DE MORADIA	OUTRA
RESIDÊNCIA PRÓPRIA <input type="checkbox"/> ALUGADA <input type="checkbox"/> CEDIDA <input type="checkbox"/>	
MORA COM PARENTES	OBS:
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
RECEBE BENEFÍCIOS	QUAL
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
RENDA PRÓPRIA	RENDA FAMILIAR MENSAL
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	

PARECER SOCIAL

Jocicleide Duarte S. Pereira
Assinatura Paciente ou Responsável

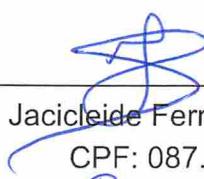
Assinatura Social Responsável



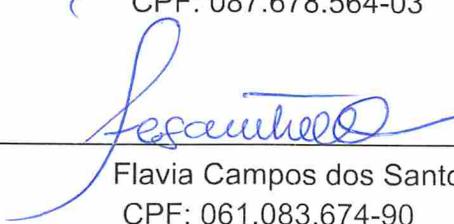
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL
CNPJ: 08.888.968/0001-08
RUA DR ARROJADO LISBOA S/N - CENTRO - PRINCESA ISABEL-PB CEP:58755000



Testemunha 1


Jacicleide Ferreira de Sá Mandu
CPF: 087.678.564-03

Testemunha 2


Flavia Campos dos Santos
CPF: 061.083.674-90

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
JOCICLEIDE DUARTE SANTANA PEREIRA

DATA DE NASCIMENTO: **14/05/1984** Nº INSCRIÇÃO: **0332 0290 1279** D.V.: **034** ZONA: **034** SEÇÃO: **0201**

MUNICÍPIO / UF: **PRINCESA ISABEL/PB** DATA DE EMISSÃO: **17/05/2017**

JUIZ ELEITORAL
[Assinatura]
Des. Maria das Graças Moreira Castro

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-095

[Fingerprint] *[Portrait Photo]*

Jocicleide Duarte Santana Pereira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Sistema Único de Saúde

JOCICLEIDE D. SANTANA PEREIRA

Data Nasc.: 14/05/1984 Sexo: F

700 3049 8741 0240

[Barcode]

SUS +

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF
Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Incrição
051.540.724-05

Nome
JOCICLEIDE DUARTE SANTANA PEREIRA

Nascimento
14/05/1984

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **2.945.622 -2 VI.** DATA DE EXPEDIÇÃO: **12/04/2013**

NOME: **JOCICLEIDE DUARTE SANTANA PEREIRA**

FILIAÇÃO: **ARNAUD DUARTE SANTANA**
RITA JOSE SANTANA

NATURALIDADE: **PRINCESA ISABEL-PB** DATA DE NASCIMENTO: **14/05/1984**

DOC ORIGEM: **CASAM N.2518 FLS.126 LIV.B-08**
CARTORIO PRINCESA ISABEL-PB

CPF: **051.540.724-05**

João Pessoa - PB
[Assinatura]
ASSINATURA DO DIRETOR *[Assinatura]*

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

JOCICLEIDE DUARTE SANTANA PEREIRA
SIT GAVIAO, S/N - AREA RURAL
PRINCESA ISABEL / PB CEP 59755000 (A3 165)

CPF/CNPJ/RANI 051 540 724-05

Grupo CONVENCIONAL BARRA TENSÃO / Subgrupo B1
Classe RES MTC B1 / Subclasse BARRA RENDA
Ligação MONOFÁSICO
Roteiro 18-165-187-4400 Nº Medidor 00003267670



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/462087-8

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00004620878

VALOR DA FATURA
R\$ 42,96

REFERÊNCIA
Jan / 2021

VENCIMENTO
03/02/2021

CONSUMO
82kWh
2.83 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

CCI	Descrição	Quant	Tarifa e Tributos	Valor Base Calc		Alíq	ICMS Base Calc (R\$)	PIS (R\$) Colns (R\$)	Cofins (R\$)
				Total (R\$)	ICMS (R\$)				
0001	Consumo até 30kWh-BR	30	0,194070	5,82	0,00	0	0,00	5,82	0,05
0001	Consumo até 100kWh-BR	52	0,322700	17,30	0,00	0	0,00	17,30	0,11
0001	Adic. B Verneilha			0,10	0,00	0	0,00	0,10	0,00
0001	Adic. B Anarela			0,56	0,00	0	0,00	0,56	0,00
0610	Subsídio			22,98	0,00	0	0,00	22,98	0,15
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTRIBUÍM PUBLICA			17,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0604	JURCO DE MORA 11/2020			0,07	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 11/2020			1,59	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0604	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR DMIC 11/2020			-0,13	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0606	Devolução Subsídio			-22,13	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 42,96 0,00 0,00 46,76 0,31 1,43
Tarifa e Tributos Até 30kWh 0,194070 Até 100kWh 0,322700

RESERVADO AO FISCO 20f5.0077 b03b.dad8.61e4.e050.38da.2ea7.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Mês	Consumo (kWh)	Descrição	Valor (R\$)	%
Jan/20	75	Serviços de Dist. da Energisa/PB	9,15	21,24
Feb/20	75	Compra de Energia	10,10	23,44
Mar/20	54	Serviço de Transmissão	1,73	4,01
Abr/20	74	Encargos Setoriais	1,91	4,43
Maio/20	62	Impostos Diretos e Encargos	20,20	46,88
Jun/20	69	Outros Serviços	0,00	0,00
Jul/20	72			
Ago/20	96			
Set/20	95			
Out/20	87			
Nov/20	96			
Dez/20	114			
Media	81			

LEITURAS
Anterior 30/12/20 6489
Atual 27/01/21 6571
Consumo 82kWh
Período 28 dias
Constante do medidor 1

PRÓXIMA LEITURA
26/02/2021

* Faturamento pela medição mínima

MÉTRICA	REFERÊNCIA 11/2020 - Conjunto Princesa Isabel			LÍMITE DE TENSÃO (V)
	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	
Horas de atendimento em energia - DE	12,35	7,75	24,71	NOMINAL 230
Veias que o cliente não tem energia - EC	7,82	2,00	15,64	CONTRATADA
Duração da maior interrupção de energia no período - DMIC	6,79	7,20		LÍMITE INFERIOR 202
Duração da interrupção individual em dia útil - DICI	16,60			LÍMITE SUPERIOR 231

ATENÇÃO

- Tarifa Sucral de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 30 de abril de 2002.
- Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para te atender pelos canais virtuais: Site: App Energisa ON e Whatsapp (83) 99135-5540
- Sua unidade foi faturada como **Baixa Renda**, tendo um desconto de R\$22,13
- Exclusão do ICMS pago na base de cálculo do PIS/COFINS, conforme Solução de Consulta Interna COSIT nº 19/2018 da Receita Federal. O percentual de redução na base de cálculo das contribuições no faturamento desse mês será de (- 94,7710%)

#Energisa2020###