

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 2-Especial 3-Extraordinário 4-Fundo Especial	Número:	Data de Emissão:	Tipo:	Anulação Num.:
<input type="checkbox"/>		0002877	05/04/2021	Ordinário	

Número da Ficha:	Unidade Orçamentária:
521	0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Classificação da Despesa:	Saldo Anterior:
10 - SAÚDE	47.275,34
301 - ATENÇÃO BÁSICA	Suplementação:
4002 - ATENÇÃO BÁSICA	0,00
2134 - MANTER O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - 15%	Anulação:
3.3.90.48.01 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS ÀS	0,00
001000000 - Recursos Ordinários	Soma:
099 - SEM SUBELEMENTO	47.275,34
	Este Empenho:
	100,00
	Saldo da Dotação:
	47.175,34

Credor:	Tipo:	CNPJ/CPF:
CARLOS ANDRE DA SILVA	1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento 4-Outros	017.412.464-31
<input type="checkbox"/> 1		

Endereço:	Complemento:
MAJ. FELICIANO. S/N	

Bairro:	Cidade / UF:	CEP:
CRUZEIRO	PRINCESA ISABEL - PB	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:	Convênio:	Valor da Despesa:
9 - DESPESA COVID-19		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 (Cem Reais)

Ass. Ordenador de Despesas:	Deduzida da Dotação:	Liquidação:	Pague-se
em: 05/04/2021	em: 05/04/2021	em: ___/___/___	em: ___/___/___
 RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	 Ass.	Ass.	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-			865359	R\$100,00
Pague por este cheque a quantia de		Cem Reais. *****						
*****		ou a sua ordem						
a		CARLOS ANDRE DA SILVA						
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL 08888968000108 RUA DR ARROJADO LISBOA, Nº SN - CENTRO - PRINCESA ISABEL/PB, CEP: 58755000		PRINCESA ISABEL, 17 de Março					de 2021	

Banco: BANCO DO BRASIL S.A.

Conta: F.M.S.

Cheque: 865359

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 Nª173, Corona Virus. 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, 17 de Março de 2021.

Carlos Andre da Silva

CARLOS ANDRE DA SILVA
MAJ. FELICIANO, S/N - Bairro: CRUZEIRO - PRINCESA ISABEL-PB. CEP: 58755000
CPF: 017.412.464-31

PAGUE-SE

EM , 17 de Março de 2021.

Prefeito(a)

PAGO

Recurso: F.M.S.
Banco: BANCO DO BRASIL S.A.
Liquido: R\$ 100,00 Cheque: 865359
Em, 17 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: **9992 / 2021**

Data: **12/03/2021**

Requerente: **CARLOS ANDRE DA SILVA**

Endereco: **SITIO GAVIAO**

Bairro: **ZONA 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

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO

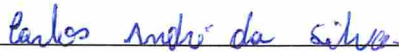
Processo: **9992 / 2021**

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



CARLOS ANDRE DA SILVA

CPF: 01741246431



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: 9992 / 2021

UBS Oriem:	CNS:
Nome: CARLOS ANDRE DA SILVA	Sexo: M
Nascimento: 17/02/1992	Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Identidade: 3614769	CPF: 01741246431
Celular:	Naturalidade:
Endereco: SITIO GAVIAO	Cep: 58755000
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: PRINCESA ISABEL UF PB
Mãe: MARIA OZENI E DE ANDRADE SILVA	Pai: SINESIO BARBOSA DA SILVA


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

 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

REQUERIMENTO DO USUÁRIO

Processo: **9992 / 2021**

Eu CARLOS ANDRE DA SILVA

Identidade: 3614769

CPF: 01741246431

Endereço: SITIO GAVIAO

Bairro: ZONA 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

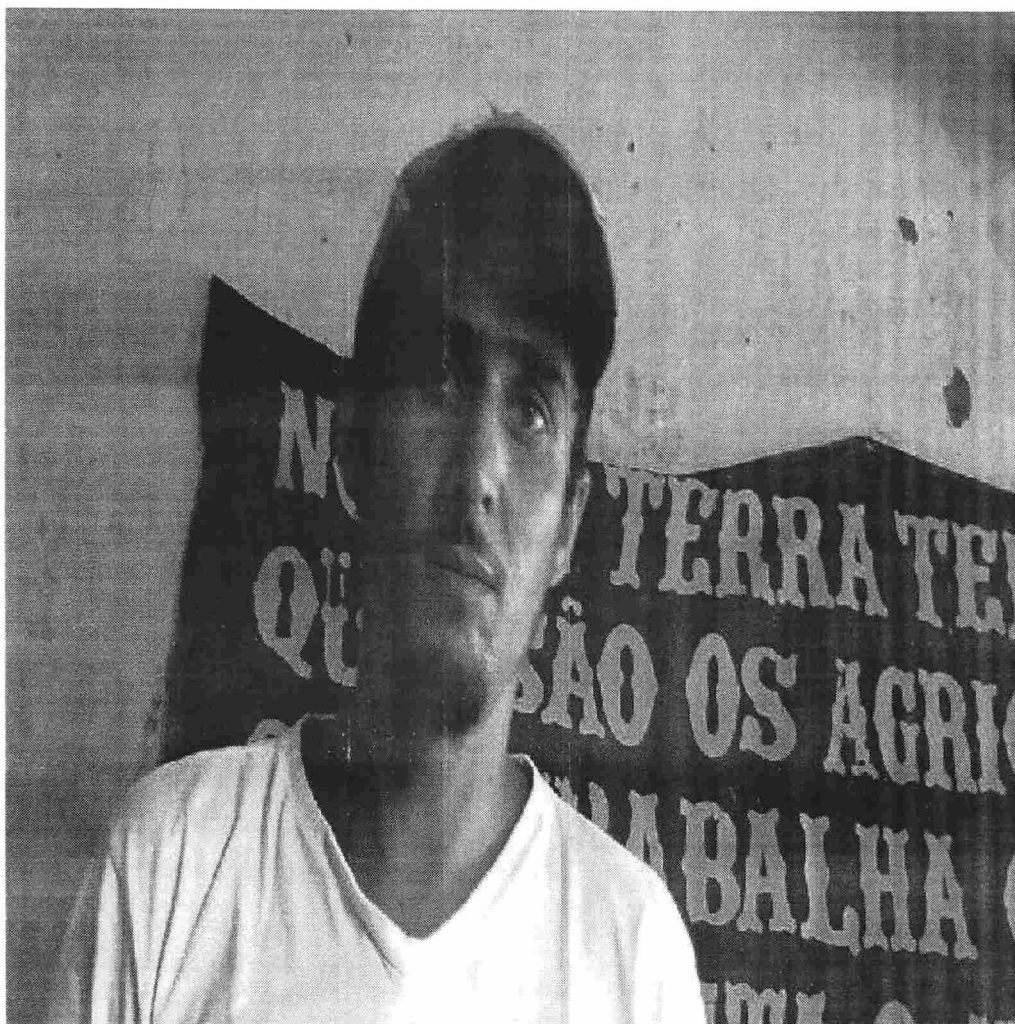
Princesa Isabel-PB, 12/03/2021

Carlos Andre da Silva

Requerente



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
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1416805428

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1416805428

FORMA ÚNICA E ÚNICA

FORMA PLASTIFICAR
 1416805428

NOME
 CARLOS ANDRE DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 3614769 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
 017.412.464-31 17/02/1992

FILIAÇÃO
 SINESIO BARBOSA DA SILVA
 MARIA OZENI E DE ANDRADE SILVA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
 A.B

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITACAO
 05347877338 21/12/2021 10/11/2011

OBSERVAÇÕES

Assinatura do portador: Carlos André da Silva

LOCAL DATA EMISSAO
 SERRA TALHADA - PE 22/12/2016

Assinatura do emissor: Carlos Andrews Souza Ribeiro, Diretor Presidente
 97055854902
 PE076732258

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
 CARLOS ANDRÉ DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO Nº INSCRIÇÃO D.V. ZONA SEÇÃO
 17/02/1992 0405 5634 1244 034 0166

MUNICÍPIO / UF DATA DE EMISSAO
 PRINCESA ISABEL/PB 14/07/2017

JUIZ ELEITORAL
 Dra. Maria das Graças Moraes Guedes

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Assinatura ou impressão digital do eleitor: Carlos André da Silva

Ministério da Justiça e Segurança Pública

Sistema Nacional de Saúde

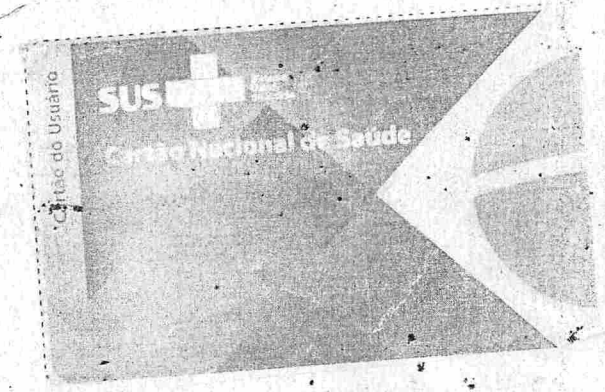
CARLOS ANDRÉ DA SILVA

Data Nasc 17/02/1992 Sexo: M

704 8070 5263 0745

Barcode

SUS



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota
fiscal/conta de energia elétrica: Nº 059.823.613

DADOS DO CLIENTE:

PAULA M** B*******

SIT GAV*** S/* 58755000
PRINCESA ISABEL



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0



Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA
5/789554-3



www.energisa.com.br



@energisa



REFERÊNCIA
FEV/2021



APRESENTAÇÃO
26/02/2021



CONSUMO
0 kWh



VENCIMENTO
05/03/2021



TOTAL A PAGAR
R\$ 23,68