

# 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: <b>0003289</b>	Data de Emissão: 12/04/2021	Tipo: Ordinário	Anulação Num.:
---	---------------------------	--------------------------------	--------------------	----------------

Número da Ficha: <b>521</b>	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 DUBIAGEM	Saldo Anterior: 32.255,34 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 32.255,34 Este Empenho: 100,00 Saldo da Dotação: 32.155,34
--	--

Credor: JOSENEIDE PATRICIO DE MELO	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: 088.271.614-06
---------------------------------------	--	-----------------------------

Endereço: SÍTIO MACAMBIRA DOS DIONÍSIO. SN	Complemento:
---	--------------

Bairro: ZONA RURAL	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 MARÇO DE 2020, DE ACORDO COM A DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO.

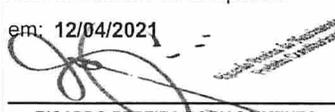
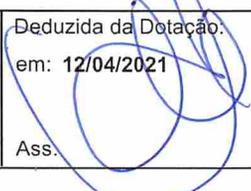
Tipo de Meta: 7 - OUTROS	Convênio:	Valor da Despesa: <b>100,00</b>
-----------------------------	-----------	------------------------------------

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:

Recebi(emos) a importância de R\$ 100,00 (Cem Reais), correspondente ao crédito discriminado nesta nota de empenho e/ou ordem de pagamento.

Ass. Ordenador de Despesas: em: 12/04/2021  RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	Deduzida da Dotação: em: 12/04/2021  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

**Cópia de Cheque**

Comp	Banco	Agência DV	C1	Conta	C2	Série	Cheque Nº	C3	
	<b>001</b>	<b>0867-2-</b>		<b>8.423-9-</b>			<b>864925</b>		<b>R\$100,00</b>
Pague por este cheque a quantia de <u>Cem Reais.*****</u>									
***** ou a sua ordem									
a <u>JOSINEIDE PATRICIO DE MELO</u>									
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL 08888968000108 RUA DR ARROJADO LISBOA, Nº SN - CENTRO - PRINCESA ISABEL/PB, CEP: 58755000					PRINCESA ISABEL, 1 de Março de 2021				

**Banco:** BANCO DO BRASIL S.A.

**Conta:** F.M.S.

**Cheque:** 864925

**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.

## RECIBO

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

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, 01 de Março de 2021.**

*Josineide Patricio de Melo*

JOSINEIDE PATRICIO DE MELO

ST MACAMBIRA DOS DIONISIOS - Bairro: AREA RURAL - PRINCESA ISABEL-PB. CEP: 58755000

CPF: 088.271.614-06

**PAGUE-SE**

EM , 01 de Março de 2021.

\_\_\_\_\_  
Prefeito(a)

**PAGO**

Recurso: F.M.S.  
Banco: BANCO DO BRASIL S.A.  
Liquido: R\$ 100,00 Cheque: 864925  
Em, 01 de Março de 2021.

\_\_\_\_\_  
Tesorero(a)



Processo: **9782 / 2021**

Data: **26/02/2021**

Requerente: **JOSINEIDE PATRICIO DE MELO**

Endereco **SITIO MACAMBIRA DOS DIONISIOS**

Bairro: **Z.RURAL**

Cidade: **PRINCESA ISABEL**

UF: **PB**

Celular:

Cep: **58755000**

Assunto: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DESPACHO

Elistos etc, considerando a documentação anexa do presente requerimento de alocação na forma de ajuda de custo amparada na lei municipal 910105 e considerando que os custos realizados fazem parte de programas sociais autorizados em lei e já em execução orçamentária 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: **9782 / 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, 26/02/2021

JOSINEIDE PATRICIO DE MELO

CPF: 08827161406



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: 9782 / 2021

UBS Oriem:	CNS: 898002930988012
Nome: JOSINEIDE PATRICIO DE MELO	Sexo: F
Nascimento: 12/04/1977	Estado Civil:
Identidade: 2967990	CPF: 08827161406
Celular:	Naturalidade:
Endereco: SITIO MACAMBIRA DOS DIONISIOS	Cep: 58755000
Bairro: Z.RURAL	Cidade: PRINCESA ISABEL UF PB
Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO	Pai: QUINTINO PATRICIO DE MELO

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"/>	
RENDIA PRÓPRIA	RENDIA 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: **9782 / 2021**

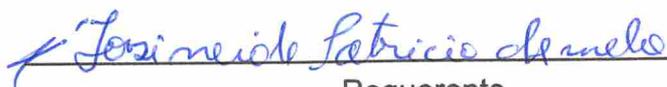
Eu JOSINEIDE PATRICIO DE MELO  
Identidade: 2967990  
CPF: 08827161406  
Endereço: SITIO MACAMBIRA DOS DIONISIOS  
Bairro: Z.RURAL Cep: 58755000  
Cidade: PRINCESA ISABEL UF: PB

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

Benefício Requerido:

**AUXILIO PARA SEGURANCA ALIMENTAR EM CONSONANCIA COM LEI  
COMPLEMENTAR 173 CORONA VIRUS**

Princesa Isabel-PB, 26/02/2021

  
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

  
Fabiana de Lima Freire

CPF: 070.492.594-03

JOSINEIDE PATRICIO DE MELO

Data Nasc.: 12/04/1977 Sexo: F

701 4086 5051 9732



DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e Intansferível.  
Em caso de roubo ou perda, comunicar o Disque-Saúde  
VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR: JOSINEIDE PATRICIO DE MELO

DATA DE NASCIMENTO: 12/04/1977

N.º REGISTRO: 0245 6738 1287

CITIZENIA: 034

REGIÃO: 0051

MUNICÍPIO/UF: PRINCESA ISABEL/PB

DATA DE EMISSÃO: 29/05/2017

JUIZ ELEITORAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição: 088.271.614-06

Nome: JOSINEIDE PATRICIO DE MELO

Nascimento: 12/04/1977

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2967990 DATA DE EXPEDIÇÃO 17 DEZ 2001

NOME JOSIMILTON PATRÍCIO DE MELO

FILIAÇÃO Francineia Marie Ja Conceição

NATURALIDADE Brincosa de Bel PR; DATA DE NASCIMENTO 12/04/1974

CPF 021.111.111-11

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 29/09/85

Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão  
4BR/2007

ASSINATURA DO MIPIRE SEAO GERAL DO ELEITOR

Josimilton Patrício de Melo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Cartão do Usuário

SUS Sistema Único de Saúde

Cartão Nacional de Saúde



ENDEREÇO: LARANJEIROS 211511402

TIPO DE CONSUMO: CONVENCIONAL - EAM ATENSAO / Subgrupo: B2  
 NOME DO SERVIÇO: RURAL RESIDENCIAL (AG: 165)  
 NOME DO PROPOSTO: SINIE DE PATRICIO DE MELO  
 NOME DO CLIENTE: SINIE DE PATRICIO DE MELO  
 Nº Medidor: 00006522948

**UNIDADE CONSUMIDORA (UC)**  
 5/665584-9

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00006655849

**VALOR DA FATURA**  
R\$ 78,22

**REFERÊNCIA**  
Jan / 2021

**VENCIMENTO**  
03/02/2021

**CONSUMO** 4,61 kWh / MÊS ANTERIOR  
129kWh

**SITUAÇÃO DE DÉBITOS**

DESCRITIVO									
Quantidade	Descrição	Tarifa / Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc (R\$)	Alíq (%)	ICMS (R\$)	COFINS (R\$)	COPIS (R\$)	Outros (R\$)
129	Consumo em kWh	0,476620	61,77	61,77	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	At. B. Vermelha		0,32	0,32	0,00	0,00	0,00	0,32	0,00
	At. B. Amarela		1,73	0,00	0,00	0,00	0,00	1,73	0,00
	Est. Rede		13,56	0,00	0,00	0,00	0,00	13,56	0,00
	ENCARGOS SEPARADOS								
	CONTROLE MUNICIPAL		18,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	CONTRIBUIÇÃO P/R. INCIPIENTE DIO-11/2020		-4,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Despesa Específica		19,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Código de Classificação do Item	Tributos	TOTAL	78,22	0,00	0,00	77,98	0,51	2,37
0,460930								

**RESERVADO AO FISCO** 9076.be6b.2555.5d77.b73b.1132.dcf9.11c1.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
10120	10120	10120	Descrição	Valor (R\$)	%
10120	10120	10120	Serviços de Dist. de Energia/PB	24,56	29,64
10120	10120	10120	Compra de Energia	27,11	32,72
10120	10120	10120	Serviço de Transmissão	4,85	5,61
10120	10120	10120	Encargos Setoriais	5,12	6,18
10120	10120	10120	Impostos Diretos e Encargos	21,42	25,85
10120	10120	10120	Outros Serviços	0,00	0,00
10120	10120	10120	<b>Total</b>	<b>82,66</b>	<b>100,00</b>
10120	10120	10120	Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 11/2020) R\$ 39,77		

**PRÓXIMA LEITURA**  
26/02/2021

INDICADORES DE QUALIDADE			
Índice de atendimento	MENSAL	APURADO	TRIMEST. ANUAL
Índice de atendimento	12,35	18,08	24,71 49,42
Índice de reclamações	7,82	9,80	15,64 31,28
Índice de interrupções	8,79	7,58	
Índice de interrupções	18,60		

**ATENÇÃO**

Atenção: O valor de energia pago na base de cálculo do ISENTO DE ICMS, conforme Solução de Consulta Interna COSIT nº 19/2013 da Receita Federal do Brasil, referente à redução na base de cálculo das contribuições no faturamento esse mês será de R\$ 194,77 (194%). Isento ICMS.

Data de emissão: 02/02/2021. Energia S/A - Rua...  
 Fone: (81) 3515-1100  
 Endereço: DECE 7.881/3 R\$ 19,08

###04039000001-1-2021