

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"/>		0003248	12/04/2021	Ordinário	

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

Classificação da Despesa:	Saldo Anterior:
10 - SAÚDE	36.915,34
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	36.915,34
	Este Empenho:
	100,00
	Saldo da Dotação:
	36.815,34

Credor:	Tipo:	CNPJ/CPF:
MARIA CHAIANE BRAZ DE OLIVEIRA	1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento 4-Outros	104.863.364-09

Endereço:	Complemento:
SITIO MACAMBIRA DOS DIONISIOS	

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

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

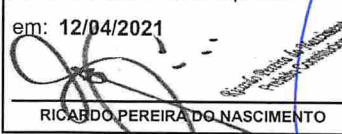
Contrato:	Processo:

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: 12/04/2021	em: 12/04/2021	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

3048

Sistema de Controle de Tesouraria

Cópia de Cheque

Comp	Banco	Agência DV	C1	Conta	C2	Série	Cheque Nº	C3
	001	0867-2-		8.423-9-			865252	R\$100,00
Pague por este cheque a quantia de <u>Cem Reais</u> . *****								
***** ou a sua ordem								
a MARIA CHAIANE BRAZ DE OLIVEIRA								
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL 08888968000108 RUA DR ARROJADO LISBOA, Nº SN - CENTRO - PRINCESA ISABEL/PB, CEP: 58755000				PRINCESA ISABEL, 15 de Março			de 2021	

Banco: BANCO DO BRASIL S.A.

Conta: F.M.S.

Cheque: 865252

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 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, 15 de Março de 2021.

Maria Chaiane Braz de Oliveira Silva

MARIA CHAIANE BRAZ DE OLIVEIRA
SIT MACAMBIRA DOS DIONISIOS - Bairro: - PRINCESA ISABEL-PB. CEP: 58755000
CPF: 104.863.364-09

PAGUE-SE

EM , 15 de Março de 2021.

Prefeito(a)

PAGO

Recurso: F.M.S.
Banco: BANCO DO BRASIL S.A.
Liquido: R\$ 100,00 Cheque: 865252
Em, 15 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: 9902 / 2021

Data: 10/03/2021

Requerente: MARIA CHAIANE BRAZ DE OLIVEIRA

Endereço: SÍTIO MACAMBIRA DOS DIONÍSIOS

Bairro: ÁREA RURAL

Cidade: PRINCESA ISABEL

UF: PB

Celular:

Cep: 58755000

Assunto: _____

DESPACHO

Distos 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 faz um esclarecimento referente 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

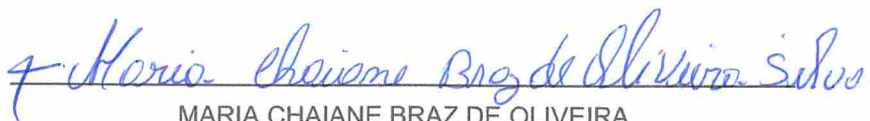
Processo: **9902 / 2021**

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, 10/03/2021



MARIA CHAIANE BRAZ DE OLIVEIRA
CPF: 10486336409



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: **9902 / 2021**

Eu MARIA CHAIANE BRAZ DE OLIVEIRA

Identidade: 3448287

CPF: 10486336409

Endereço: SITIO MACAMBIRA DOS DIONISIOS

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:

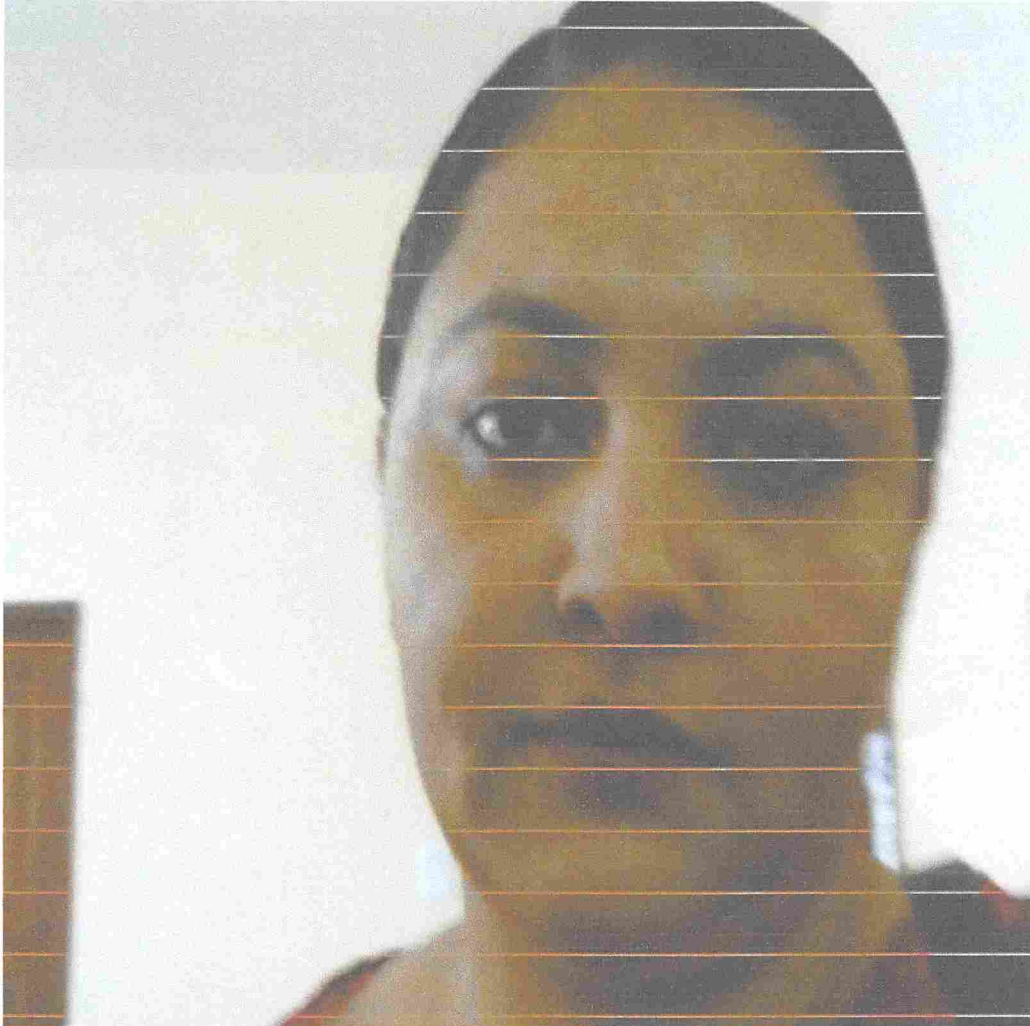
**AUXILIO PARA SEGURANÇA ALIMENTAR EM CONSONANCIA COM A LEI
COMPLEMENTAR 173 CORONA VIRUS**

Princesa Isabel-PB, 10/03/2021


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


Flavia Campos dos Santos
CPF: 061.083.674-90

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
BEPAL
NOME

3.448.287

DATA DE
EXPECIÇÃO

20/05/2006

FILIAÇÃO

MARIA CHAIANE BRAZ DE OLIVEIRA

CICERO BRAZ DE OLIVEIRA
AURINETE MARQUES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE

PRINCESA ISABEL-FB

DATA DE NASCIMENTO

06/02/1992

DOC ORIGEM

MASC. N. 16965 FLS. 115 LIV. A 19
CARTÓRIO PRINCESA ISABEL FB

CPF

Jobo Pessoa - FB

SECRETARIA DE SAÚDE
DIRETORIA DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO

SECRETARIA DE SAÚDE
DIRETORIA DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO

Cartão do Usuário

SUS

Cartão Nacional de Saúde

Sistema Único de Saúde

MARIA C. BRAZ DE OLIVEIRA SILVA

Data Nasc.: 06/02/1992

Sexo: F

700 0050 3295 0909

SUS

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

SECRETARIA DE SAÚDE

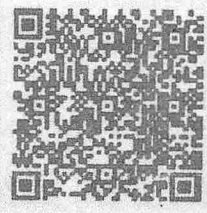
RECEBEMOS E IDENTIFICAMOS O ELEITOR

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

POLEGAR DIREITO

VÁLIDO SOMENTE COM IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

CÓDIGO DE CONTROLE
D02A.5930.39C3.DA4C



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:14:32 do dia 11/03/2020 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
104.863.364-09

Nome
MARIA CHAIANE BRAZ DE OLIVEIRA SILVA

Nascimento
06/02/1992

RECEBEMOS E IDENTIFICAMOS O ELEITOR

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR
MARIA CHAIANE BRAZ DE OLIVEIRA SILVA

DATA DE NASCIMENTO
06/02/1992

Nº INSCRIÇÃO
0415 2072 1280

MUNICÍPIO / UF
PRINCESA ISABEL/RB

ZONA
034

REGIÃO
0232

DATA DE EMISSÃO
22/02/2018

JUIZ ELEITORAL

Princesa Isabel

Use o dedo para fazer a leitura biométrica

