

# 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:	0002909	Data de Emissão:	05/04/2021	Tipo:	Ordinário	Anulação Num.:
------------------	---	---------	---------	------------------	------------	-------	-----------	----------------

Número da Ficha:	Unidade Orçamentária:
<b>521</b>	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: 45.675,34 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 45.675,34 Este Empenho: 100,00 Saldo da Dotação: 45.575,34
---	--

Credor:	Tipo:	CNPJ/CPF:
JEOVA DA SILVA	1 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento 4-Outros	030.300.684-63

Endereço:	Complemento:
SITIO SERRA DO GAVIAO	ZONA RURAL

Bairro:	Cidade / UF:	CEP:
	PRINCESA ISABEL - PB	58755-000

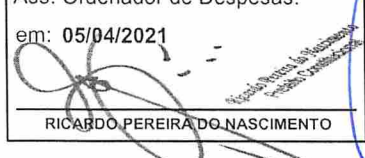
Especificação da Despesa:  
 VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE A CONCESSÃO DE UM AUXÍLIO PARA SEGURANÇA ALIMENTAR, DE ENFRENTAMENTO AO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19) EM CONSONÂNCIA COM A LEI COMPLEMENTAR FEDERAL Nº 173, DE 27 DE MAIO DE 2020, DE ACORDO COM A DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO.

Tipo de Meta:	Convênio:	Valor da Despesa:
9 - DESPESA COVID-19		<b>100,00</b>

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

**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>865337</b>	<b>R\$100,00</b>
Pague por este cheque a quantia de <u>Cem Reais, *****</u>								
***** ou a sua ordem								
a <b>JEOVA DA SILVA</b>								
PRINCESA ISABEL, 16 de Março de 2021								
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL 08888968000108 RUA DR ARROJADO LISBOA, Nº SN - CENTRO - PRINCESA ISABEL/PB, CEP: 58755000								

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

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

**Cheque:** 865337

**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

<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, 16 de Março de 2021.**

SIT GAVEÃO

*JEOVA DA SILVA*  
\_\_\_\_\_  
JEOVA DA SILVA  
SN - Bairro: AREA RURAL - PRINCESA ISABEL-PB. CEP: 58755000  
CPF: 030.300.684-63

**PAGUE-SE**

EM , 16 de Março de 2021.

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

**PAGO**

Recurso: F.M.S.  
Banco: BANCO DO BRASIL S.A.  
Liquido: R\$ 100,00 Cheque: 865337  
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: **9929 / 2021**

Data: **12/03/2021**

Requerente: **JEOVA DA SILVA**

Endereco **SITIO GAVIÃO**

Bairro: **Z.RURAL**

Cidade: **PRINCESA ISABEL**

UF: **PB**

Celular: **(83) 99958-3804**

Cep: **58755000**

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

**D E S P A C H O**

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: **9929 / 2021**

Eu JEOVA DA SILVA

Identidade: 2281818

CPF: 03030068463

Endereço: SITIO GAVIÃO

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 SEGURANÇA ALIMENTAR EM CONSONACIA COM A LEI  
COMPLEMENTAR 173 CORONA VIRUS

Princesa Isabel-PB, 12/03/2021

Requerente



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL

CNPJ: 08.888.968/0001-08

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

FICHA DE TRIAGEM

Processo: 9929 / 2021

UBS Oriem:	CNS:
Nome: JEOVA DA SILVA	Sexo: M
Nascimento: 02/01/1979	Estado Civil:
Identidade: 2281818	CPF: 03030068463
Celular: (83) 99958-3804	Naturalidade:
Endereco: SITIO GAVIÃO	Cep: 58755000
Bairro: Z.RURAL	Cidade: PRINCESA ISABEL UF PB
Mãe: MARIA DE LOURDES FRAUZINO	Pai: GERALDO 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"/>	
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

## DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO

Processo: **9929 / 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

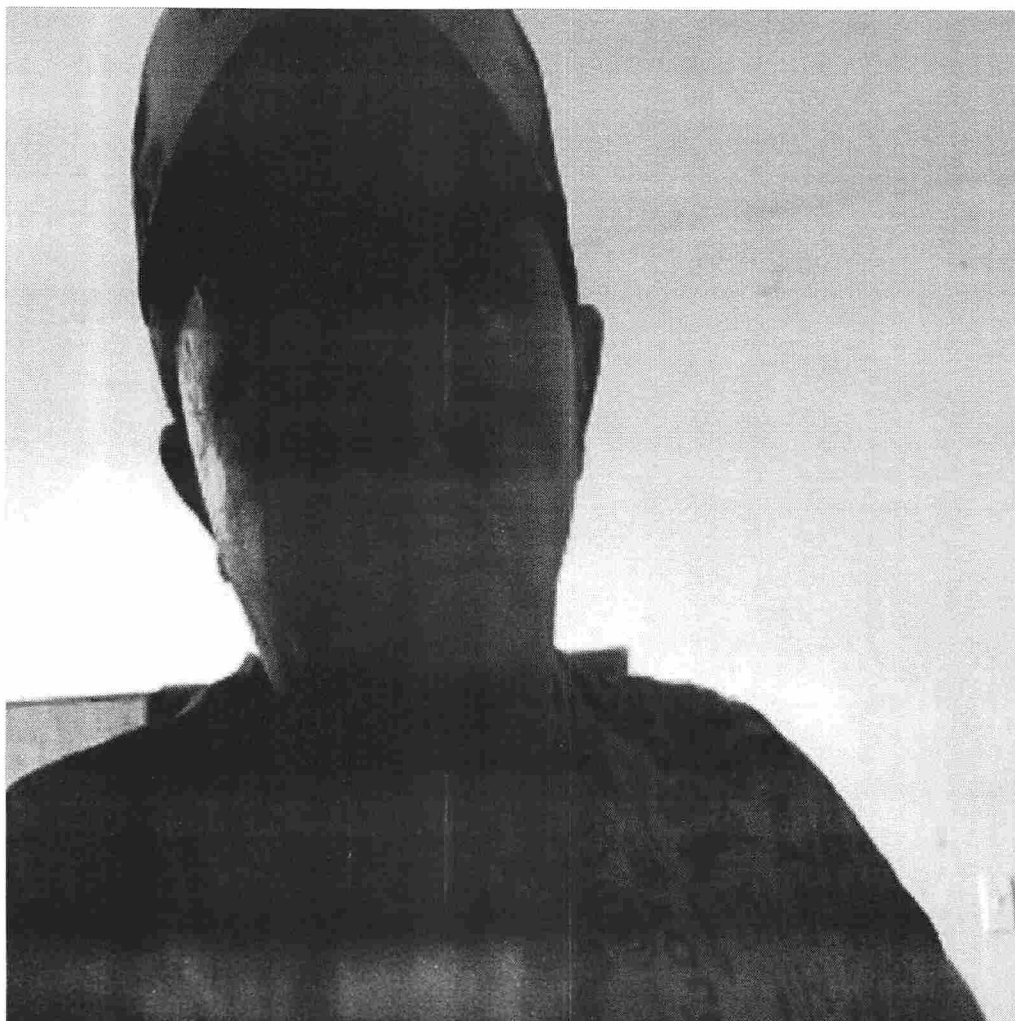
Valor R\$: 100,00  
(cem reais)

Princesa Isabel-PB, 12/03/2021

JEOVA DA SILVA  
CPF: 03030068463




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: **JEOVÁ DA SILVA**

DATA DE NASCIMENTO: **02/01/1979**

MUNICÍPIO/UF: **PRINCESA ISABEL/PB**

JUIZ ELEITORAL: **JUIZ**

Nº INSCRIÇÃO: **0224 7605 1295**

D.V.: **034**

ZONA: **0233**

DATA DE EMISSÃO: **31/10/2017**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1280561316

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **JEOVA DA SILVA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF: **2281818 SSP PB**

CPF: **030.300.684-63** DATA NASCIMENTO: **02/01/1979**

FILIAÇÃO: **GERALDO DA SILVA**  
**MARIA DE LOURDES FRAUZINO**

PERMISSÃO:  ACC:  CAT. HAB.: **AB**

Nº REGISTRO: **00929821175** VALIDADE: **31/03/2021** 1ª HABILITAÇÃO: **15/10/1998**

OBSERVAÇÕES:

*Jeo va da Silva*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **PRINCESA ISABEL, PB** DATA EMISSÃO: **08/04/2016**

*Aristeli Chaves Soares*  
ASSINATURA DO EMISSOR

50086570272  
PB032301120

DETRAN - PB (PARAIBA)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1280561316


PROIBIDO PLASTIFICAR

Sistema Único de Saúde

**JEOVA DA SILVA**


Data Nasc.: **02/01/1979** Sexo: **M**

**702 9055 1391 0570**



DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.  
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque Saúde.  
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

SUS 

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

*Jeo va da Silva*  
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VÁLIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

**KELIANE BARBOSA OLIVEIRA**  
 SIT GAVIAO, 00 - AREA RURAL  
 PRINCESA ISABEL / PB CEP 58755000 (AG-165)

CPF/CNPJ/RANI: 080.718.404-76

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1  
 Classe: RES MTC B1 / Subclasse: BAIXA RENDIA  
 Ligação: MONOFASICO  
 Rótulo: 16-165-167-5340 1º Medidor: 00009549935



**UNIDADE CONSUMIDORA (UC)**  
 5/1633287-6

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00016332876



VALOR DA FATURA

**R\$ 18,73**



VENCIMENTO

**03/02/2021**



REFERÊNCIA

**Jan / 2021**



CONSUMO

**38kWh**

**1,36 kWh**  
MÉDIA DIÁRIA

**SITUAÇÃO DE DÉBITOS**  
**Sujeito a corte!**

**FATURAS EM ATRASO**

Jun/20 **R\$ 10,85**

Reativo de vencimento:  
 Seu fornecimento poderá ser interrompido a partir de 11/02/21.  
 Regularize seus débitos.

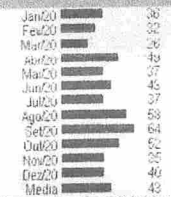
**DESCRIPTIVO**

CCI	Descrição	Quant	Tarifa / Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Aliq (CMS) (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS(PIS) Colm (R\$)	Cofre (R\$)
0600	Consumo até 30kWh-BR	30	0,194070	5,82	0,00	0	0,00	0,04
0601	Consumo > 31 a 100kWh-BR	8	0,332700	2,66	0,00	0	0,00	0,02
0601	Atic. B. Vermelha			0,02	0,00	0	0,00	0,00
0601	Atic. B. Amarela			0,20	0,00	0	0,00	0,00
0610	Subsídio			12,93	0,00	0	0,00	0,08
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0807	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			9,27	0,00	0	0,00	0,00
0904	JURIS DE MOIRA 11/2020			0,09	0,00	0	0,00	0,00
0806	MULTA 11/2020			0,16	0,00	0	0,00	0,00
0904	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR DMIC 11/2020			-0,03	0,00	0	0,00	0,00
0906	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2020			0,06	0,00	0	0,00	0,00
0806	Demolção Subsídio			12,45	0,00	0	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 18,73 0,00 0,00 21,63 0,14 0,66  
 Tarifa s/ Tributos: Até 30kWh 0,194070 Até 100kWh 0,332700

RESERVADO AO FISCO 24e5.6f9c.e442.c802.103c.222c.6e28.901e

**HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)**



**LEITURAS**

Anterior 30/12/20 5316  
 Atual 27/01/21 5354  
 Consumo 38kWh  
 Período 28 dias  
 Constante do medidor 1

**PRÓXIMA LEITURA**  
 26/02/2021

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

Descrição	Valor (R\$)
Serviço de distribuição	3,35
Compensação de energia	0,00
Serviço de distribuição	0,00
Encargos	0,00
Impostos Diretos	10,38
Outros Serviços	0,30
<b>Total</b>	<b>18,76</b>

**INDICADORES DE QUALIDADE**

META	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (V)
Horas que o cliente ficou sem energia - DIC	12,36	7,75	34,71	49,42
Veze que o cliente ficou sem energia - FIC	7,92	2,00	15,64	31,28
Duração da maior interrupção de energia no período - DMIC	0,78	7,20		
Duração da interrupção individual em dia crítico - DICRI	16,60			
				NOMINAL 220
				CONTRATADA
				LIMITE INFERIOR 202
				LIMITE SUPERIOR 231

(REFERÊNCIA 11/2020 - Conjunto Princesa Isabel)

Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 11/2020)