

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"/>		0003670	27/04/2021	Ordinário	

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

Classificação da Despesa:	Saldo Anterior:
10 - SAÚDE	10.850,37
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	10.850,37
	Este Empenho:
	100,00
	Saldo da Dotação:
	10.750,37

Credor:	Tipo:	CNPJ/CPF:
ADERIVAM PINTO DA SILVA	1 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento 4-Outros	929.269.244-53

Endereço:	Complemento:
SITIO MINADOURO	

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

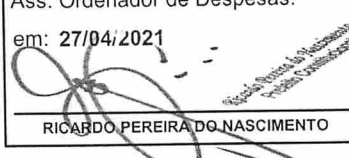
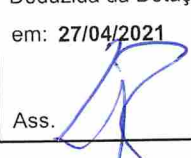
Especificação da Despesa:
 VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE A CONCESSÃO DE UM AUXÍLIO PARA SEGURANÇA ALIMENTAR, DE ENFRENTAMENTO AO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19) EM CONSONÂNCIA COM A LEI COMPLEMENTAR FEDERAL Nº 173, DE 27 DE MAIO DE 2020, DE ACORDO COM A DOCUMENTAÇÃO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

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

DADOS DA LICITAÇÃO:	
Licitação:	Modalidade:
	9-Ser: 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:	Dedução da Dotação:	Liquidação:	Pague-se
em: 27/04/2021	em: 27/04/2021	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
	001	0867-2-		8.423-9-			865416	R\$100,00
Pague por este cheque a quantia de <u>Cem Reais.*****</u>								
***** ou a sua ordem								
a <u>ADERIVAM PINTO DA SILVA</u>								
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL 0888968000108 RUA DR ARROJADO LISBOA, Nº SN - CENTRO - PRINCESA ISABEL/PB, CEP: 58755000				PRINCESA ISABEL, 22 de Março			de 2021	

Banco: BANCO DO BRASIL S.A.

Conta: F.M.S.

Cheque: 865416

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.

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, 22 de Março de 2021.

Aderivam Pinto da Silva

ADERIVAM PINTO DA SILVA

SIT MINADOURO - Bairro: - PRINCESA ISABEL-PB. CEP: 58755000

CPF: 929.269.244-53

PAGUE-SE

EM , 22 de Março de 2021.

Prefeito(a)

PAGO

Recurso: F.M.S.
Banco: BANCO DO BRASIL S.A.
Liquido: R\$ 100,00 Cheque: 865416
Em, 22 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: **10018 / 2021**

Data: **19/03/2021**

Requerente: **ADERIVAM PINTO DA SILVA**

Endereco **SITIO MINADOURO**

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

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO

Processo: **1001E / 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, 19/03/2021

Aderivam Pinto da Silva

ADERIVAM PINTO DA SILVA
CPF: 92926924453



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: 1001E / 2021

UBS Oriem:		CNS: 700304961640435
Nome:	ADERIVAM PINTO DA SILVA	Sexo: M
Nascimento:	24/11/1972	Estado Civil:
Identidade:	1687374	CPF: 92926924453
Celular:		Naturalidade:
Endereco:	SITIO MINADOURO	Cep: 58755000
Bairro:	AREA RURAL	Cidade: PRINCESA ISABEL UF PB
Mãe:	ALDENORA EVARISTO DOS SANTOS	Pai: FRANCISCO DOS SANTOS

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	

Rua Arrojado Lisboa, s/n, Centro, CEP. 58755-000, Princesa Isabel-PB - CNPJ: 08.888.968/0001-08

Fone: (83) 3457-2419 - Email: pm.isabel@hotmail.com - ouvidoriampipb@gmail.com

Fanpage - <https://www.facebook.com/prefeituradeprincesaisabel/> - Instagram: @prefeituradeprincesa



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: **1001E / 2021**

Eu ADERIVAM PINTO DA SILVA

Identidade: 1687374

CPF: 92926924453

Endereço: SITIO MINADOURO

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 PRA SEGURANÇA ALIMENTAR EM CONSONANCIA COM A LEI
COMPLEMENTAR 173 CORONA VIRUS

Princesa isabel-PB, 19/03/2021

Adervam pinto da silva

Requerente



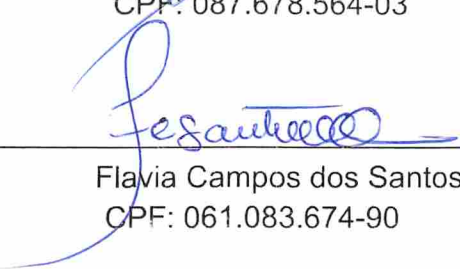
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL
CNPJ: 08.888.968/0001-08
RUA DR ARROJADO LISBOA S/N - CENTRO - PRINCESA ISABEL-PB CEP:58755000



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

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
ADERIVAM PINTO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO
24/11/1972

MUNICÍPIO/UF
PRINCESA ISABEL/PB

Nº INSCRIÇÃO
0192 7448 1236

D.V.

ZONA
034

SEÇÃO
0073

JUIZ ELEITORAL

DATA DE EMISSÃO
15/05/2017

VALIDO: **Sim, Meus dados pessoais e biométricos**

Sistema Único de Saúde

ADERIVAM PINTO DA SILVA

Data Nasc.: 24/11/1972

Sexo: M

700 3049 6164 0435

DISQUE SAÚDE 136

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

SUS

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL Nº 1687374

DATA DE EXPEDIÇÃO 30 JAN 1992

NOME **ADERIVAM PINTO DA SILVA**

FILIAÇÃO **Francisco Pinto da Silva Aldenora Evaristo dos Santos Princesa Isabel-PB.**

NATURALIDADE **Princesa Isabel-PB.**

DATA DE NASCIMENTO **24.11.72**

DOC. DO **Cert. de Nasc. nº 277, fls. 69 do Div. V-A-9-01-1-A do Cart. Dist. de São José. Princesa Isabel-PB.**

CPF

João Pessoa - PB

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ESTE CARTÃO É DE USO PESSOAL E INTENSIVO. EM CASO DE ROUBO OU PERDA, COMUNICAR AO DISQUE SAÚDE 136. VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

DATA DE NASCIMENTO: 24/11/1972

SEXO: M

700 3049 6164 0435

DISQUE SAÚDE 136

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

SUS

ASSINATURA DO AGENTE EMISOR

APROVADO POR INSCRIÇÃO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO

ADERIVAN PINTO DA SILVA
SIT MINADOURO, S/N - AREA RURAL
PRINCESA ISABEL / PB CEP 55155000 (AIG 165)

CPF/CNPJ/RANI 929 269 244-53

Grupo CONVENCIONAL BARRA TENSÃO / Subgrupo P2
Classe FUR MTC B2 / Subclasse AGROPECUÁRIA RU
Ligação MONOFÁSICO
Roteiro 18 - 165 - 187 - 850 Nº Medidor 00001217932

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1279914-4

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00012799144

VALOR DA FATURA

R\$ 69,96

DATA DE VENCIMENTO

26/02/2021

REFERÊNCIA

Jan / 2021

CONSUMO

78kWh

2.79 kWh
MÉDIA DIÁRIA

DESCRIPTIVO									
CCI	Descrição	Quant	Taxa e/ Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alig ICMS ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	Outros (R\$)
0601	Consumo energia kWh	78	0,00	49,82	49,82	25	12,46	9,02	0,26
0601	Adic. B Vermelha			0,25	0,25	25	0,06	0,13	0,00
0601	Adic. B Amarela			1,39	1,39	25	0,36	1,17	0,01
0610	Subsidio			10,90	10,90	25	2,73	8,14	0,05
0907	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS CONTRIBUÍLUM PÚBLICA			15,46	15,46	0	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsidio			-15,46	-15,46	0	0,00	0,00	0,00
TOTAL				69,96	69,96	15,60	47,60	0,31	1,46

RESERVADO AO FISCO 714f.2501.f3d0.6334.f2af.3e0a.c157.f232.

LEITURAS	Descrição	Valor (R\$)	%
Anterior 30/12/20	8230		
Atual 27/01/21	8308		
Consumo	78 kWh		
Período	28 dias		
Constante do medidor	1		
TOTAL		69,96	100,00

PRÓXIMA LEITURA 26/02/2021

META	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (V)
Horas que o cliente ficou sem energia - DIC	12,85	2,62	24,71	49,42
Vevez que o cliente ficou sem energia - FIC	7,21	1,00	15,64	31,28
Duração da maior interrupção de energia no período - DMIC	6,40			
Duração da interrupção individual em dias - DDIR	18,60			
				LIMITE INFERIOR 202
				LIMITE SUPERIOR 231

ATENÇÃO

- Para preservar sua saúde, a Energia está pronta para te atender pelos canais virtuais: site, App Energia ON e Whatsapp (83) 99135-6540

Subvenção DEC 7.881/13 R\$ 7,89
- Exclusão do ICMS pago na base de cálculo do PIS/COFINS, conforme Solução de Consulta Interna COSIT nº 13/2018 da Receita Federal. O percentual de redução na base de cálculo das contribuições no faturamento desse mês será de (-94,7719%).

###ZebraZUSO###