

# 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: <p style="text-align: center; font-weight: bold;">0004360</p>	Data de Emissão: <p style="text-align: center;">06/05/2021</p>	Tipo: <p style="text-align: center;">Ordinário</p>	Anulação Num.:
---	--	---	---	----------------

Número da Ficha: <p style="text-align: center; font-weight: bold;">702</p>	Unidade Orçamentária: <p style="text-align: center;">0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE</p>
---	---

Classificação da Despesa: 10 - SAÚDE 305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 2048 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA COVID 19 2162 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19 3.3.90.30.01 - MATERIAL DE CONSUMO 214000000 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal 019 - OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	Saldo Anterior: 974.607,00 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 974.607,00 Este Empenho: 400,00 Saldo da Dotação: 974.207,00
--	---

Credor: ANA LUISA NUNES MEIRA	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: 37.344.214/0001-95
----------------------------------	--	---------------------------------

Endereço: Rua Major Ciraulo - até 621/622. 433	Complemento:
---	--------------

Bairro: Manaíra	Cidade / UF: João Pessoa - PB	CEP: 58038-290
--------------------	----------------------------------	-------------------

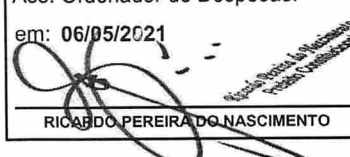
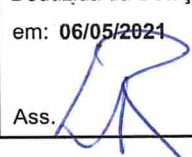
Especificação da Despesa:  
 VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE A AQUISIÇÃO DE 04 (QUATRO) GALÕES MIRAX S USO HOSPITALAR 5L, PARA USO EM AMBULÂNCIAS APÓS VIAGENS COM PACIENTES INFECTADOS COM A COVID-19, JUNTO A SECRETARIA DE SAÚDE DESTE MUNICÍPIO. CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

Tipo de Meta: 9 - DESPESA COVID-19	Convênio:	Valor da Despesa: <p style="font-weight: bold; background-color: #cccccc;">400,00</p>
---------------------------------------	-----------	--

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\$ 400,00 (Quatrocentos Reais)

Ass. Ordenador de Despesas: em: 06/05/2021  RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	Deduzida da Dotação: em: 06/05/2021  Ass.	Liquidação: em: ___/___/___ Ass.	Pague-se em: ___/___/___ Ass.
--	---	--	-------------------------------------



PREFEITURA DE  
**PRINCESA ISABEL**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MEMORANDO GAB Nº 577/2021

Princesa Isabel, 09 de abril de 2021.

Ao Ilustríssimo Senhor  
Fábio Braz Pereira  
Secretário Municipal de Finanças, Administração e Planejamento.

PAGO COM COVID

Senhor Secretário,

Solicito o pagamento da nota fiscal nº 000.000.099 da empresa **ANA LUISA NUNES MEIRA** no valor de R\$ 400,00 (Quatrocentos reais) referente á aquisição de produtos para higienização das ambulâncias do SAMU após viagens com pacientes do COVID-19.

Banco Caixa Econômica


AG: 0735

C/P:00045939-7

**Documentação da despesa (nota fiscal, contrato ou ordem de fornecimento e/ou serviços) para prévio empenho.**

DOCUMENTO FISCAL		Processo Administrativo		PROCESSO LICITATÓRIO / compras e serviços			
Tipo	Número	Número	Data	Modalidade	Número	Prot.TCE	Vigência
NF	000.000.099		05/04/2021				

**CADASTRO DE OBRAS TCE:**

DESTINAÇÃO DOS RECURSOS	
Unidade Orçamentária	Ação de Governo
Secretaria Municipal de Saúde	Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO PROCESSUAL	
PELO RESPONSÁVEL DO PROCESSO DA DESPESA	PELA CONTROLADORIA
Atesto que as informações são verdadeiras e os serviços / mercadorias foram realizados / fornecidos.	Processo da despesa de conformidade com as exigências legais.
 Assinatura com carimbo e matrícula	Assinatura com carimbo e matrícula

RECEBEMOS DE ANA LUISA NUNES MEIRA 08734040412 OS PRODUTOS SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 000.000.099
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	SÉRIE: 1

 <b>ANA LUISA NUNES MEIRA</b> <b>08734040412</b>  RUA MAJOR CIRAULO, 433 - ANDAR 401 - MANAÍRA, Joao Pessoa, PB - CEP: 58038290 - Fone/Fax: 83988594296	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída <b>1</b> <b>Nº 000.000.099</b> <b>SÉRIE: 1</b> <b>Página 1 de 1</b>	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO <b>2521 0437 3442 1400 0195 5500 1000 0000 9913 3903 0008</b> Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
	NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDA</b>	

INSCRIÇÃO ESTADUAL 163671354	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF 37.344.214/0001-95
---------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

<b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b>		CNPJ CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME RAZÃO SOCIAL FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE		10.473.821/0001-07	05/04/2021
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DE ENTRADA/SAÍDA
RUA PEDRO SOBREIRA DUARTE, SN -	CENTRO	58755-000	05/04/2021
MUNICÍPIO	FONE FAX	UF	HORA DE ENTRADA/SAÍDA
Princesa Isabel		PB	10:00

<b>FATURA</b>

<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00	0,00	0,00	0,00	400,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	400,00

<b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b>					
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	0-Remetente (CIF)				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

<b>DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO</b>													
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
0001	MIRAX S USO HOSPITALAR 4 GALAO 5L PARA USO EM AMBULANCIAS APÓS VIAGENS COM PACIENTES COVID-19	38089429	0103	5405	GL	4,0000	100,0000	400,00					

Atesto que o serviço e/ou produto constante nesta Nota Fiscal foram executados e/ou entregues.  
 Francisca de Lucena Henriques  
 CPF 142.492.434-00

<b>CÁLCULO DO ISSQN</b>			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
001			

<b>DADOS ADICIONAIS</b>	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO

**DOC ou TED Eletrônico****Debitado**

Agência 867-2  
Conta corrente 24666-2 PB 251230 FMS CUSTEIO SUS

**Creditado**

Banco 104 CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
Agência (sem DV) 735 PRAIA DE TAMBAU  
Conta corrente (com DV) 459397  
CPF 087.340.404-12  
Nome favorecido ANA LUISA NUNES MEIRA  
Finalidade CREDITO EM CONTA  
Número documento 50.601  
Valor 400,00  
Destinação 0  
Data transferência 06/05/2021  
"C" - CNPJ diferente  
Autenticação SISBB EDFF1D69B32D1A3C

Assinada por JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA 06/05/2021 09:45:54  
JD715362 FRANCISCA HENRIQUES 06/05/2021 09:49:56

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.