

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:	0005006	Data de Emissão:	19/05/2021	Tipo:	Ordinário	Anulação Num.:
------------------	---	---------	---------	------------------	------------	-------	-----------	----------------

Número da Ficha:	Unidade Orçamentária:
704	0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Classificação da Despesa:	Saldo Anterior:
10 - SAÚDE	937.606,45
305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	Suplementação:
2048 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA COVID 19	0,00
2162 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19	Anulação:
3.3.90.36.01 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FISICA	0,00
214000000 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal	Soma:
038 - OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA	937.606,45
	Este Empenho:
	3.500,00
	Saldo da Dotação:
	934.106,45

Credor:	Tipo:	CNPJ/CPF:
ALECSANDRO ANTONIO DA SILVA	1-Pessoa Física 2-Pessoa Juridica 3-Folha de Pagamento 4-Outros	033.757.684-00
Endereço:	Complemento:	
PROJETADA		
Bairro:	Cidade / UF:	CEP:
JARDIM KARLOTA	PRINCESA ISABEL - PB	

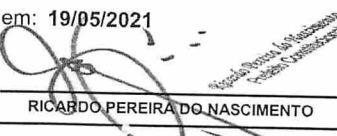
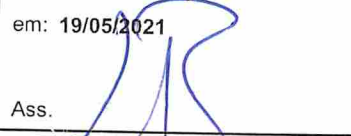
Especificação da Despesa:
 VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE AOS SERVIÇOS PRESTADOS COMO PLANTONISTA NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, EM COMBATE AO COVID-19, DURANTE O MÊS DE MARÇO DE 2021. CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

Tipo de Meta:	Convênio:	Valor da Despesa:
9 - DESPESA COVID-19		3.500,00

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:

Fica empenhada a importância de R\$ 3.500,00 (Três Mil e Quinhentos Reais)

Ass. Ordenador de Despesas:	Deduzida da Dotação:	Liquidação:	Pague-se
em: 19/05/2021	em: 19/05/2021	em: ___/___/___	em: ___/___/___
 RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	 Ass.	 Ass.	 Ass.



PREFEITURA DE
PRINCESA ISABEL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MEMORANDO GAB Nº 403/2021

Princesa Isabel, 15 de março de 2021.

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

Senhor Secretário,

Solicito o pagamento da nota fiscal nº 5 da empresa **ALECSANDRO ANTONIO DA SILVA** no valor de R\$ 3.500,00 (Três mil e quinhentos reais) referente á serviço prestados a Secretaria Municipal de Saúde, no mês de março de 2021.

Banco Brasil


AG: 3502-5

C/C: 20143-0

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	5		12/03/2021				

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 Francine de Lucena Henriques Secretaria de Saúde Matricula: 19816	Assinatura com carimbo e matrícula



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO, RECEITA E PLANEJAMENTO
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NF-e

Número da Nota
5

Data e Hora de Emissão
12/03/2021 11:46

Código de Verificação
KBXZ-EIMB



PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF: **033.757.684-00**

Nome: **ALECSANDRO ANTONIO DA SILVA**

Razão Social: **ALECSANDRO ANTONIO DA SILVA**

Endereço: **CARLOS DE PAIVA LEITE, 43**

Município: **PRINCESA ISABEL**

Inscrição Municipal: **Nao Informado**

Inscrição Estadual: **Nao Informado**

PIS/PASEP: **Nao Informado**

UF: **PB**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE PRINCESA ISABEL**

CPF/CNPJ: **10.473.821/0001-07**

Endereço: **RUA PEDRO SOBREIRA**

Município: **PRINCESA ISABEL**

E-mail: **Nao Informado**

Inscrição Municipal: **NAO INFORMADO**

Inscrição Estadual: **NAO INFORMADO**

CEP: **58755-000**

UF: **PB**

DISCRIMINAÇÃO DE SERVIÇOS E DEDUÇÕES

Código	Serviço	Alíquota (%)	Base de Calculo (R\$)	Iss retido (R\$)	Iss (R\$)
1195	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	5,00	3.500,00	0,00	175,00

Discriminação dos Serviços

SERVIÇOS PRESTADOS A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, NO MÊS DE MARÇO DE 2021.

Atesto que o serviço e/ou produto
constante nesta Nota Fiscal foram
executados e/ou entregues.
Francisco de Assis Henriques
CPF nº 21.492.482-00

VALOR LÍQUIDO = R\$ 3.500,00 / VALOR TOTAL = R\$ 3.500,00

Valor Total das Deduções (R\$)	0,00	Base de Cálculo (R\$)	3.500,00	Valor do ISS (R\$)	175,00
--------------------------------	------	-----------------------	----------	--------------------	--------

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Esta NF-e foi emitida com respaldo na Lei nº 1.347/2017 e no Decreto nº 003/2018

Transferência entre contas diversas**Debitado**

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

Creditado

Nome	ALECSANDRO ANTONIO SILVA
Agência	3502-5
Conta corrente	20143-X
Valor	3.500,00
Destinação	0
Data	Nesta data

Assinada por	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	08/05/2021 10:19:49
	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	08/05/2021 10:48:14

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.