

# 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:	0006461	Data de Emissão:	16/06/2021	Tipo:	Ordinário	Anulação Num.:
------------------	---	---------	---------	------------------	------------	-------	-----------	----------------

Número da Ficha:	Unidade Orçamentária:
705	0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Classificação da Despesa:	Saldo Anterior:	1.419.067,76
10 - SAÚDE	Suplementação:	0,00
305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	Anulação:	0,00
2048 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA COVID 19	Soma:	1.419.067,76
2162 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19	Este Empenho:	4.000,00
3.3.90.39.01 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. JURÍDICA	Saldo da Dotação:	1.415.067,76
214000000 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal		
061 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA JURÍDICA		

Credor:	Tipo:	CNPJ/CPF:
IVANILDO MARTA DE SANTANA	2	28.154.030/0001-71

Endereço:	Complemento:
RUA CONEGO FLORO. SN	

Bairro:	Cidade / UF:	CEP:
CENTRO	PRINCESA ISABEL - PB	58755-00

**Especificação da Despesa:**  
VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE AOS SERVIÇOS PRESTADOS NO TRANSPORTE DA VACINA DO COVID-19, PARA UBS DA LAGOA DA CRUZ, JUNTO A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, DURANTE O MÊS DE ABRIL DE 2021. CONFORME DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO.

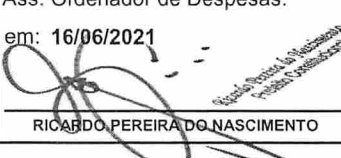
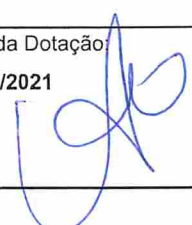
Tipo de Meta:	Convênio:	Valor da Despesa:
9 - DESPESA COVID-19		<b>4.000,00</b>

<b>DADOS DA LICITAÇÃO:</b>	
Licitação:	Modalidade:
	9-Sem Licitação

Contrato:	Processo:

<b>DADOS DA OBRA:</b>			
Código da Obra:	Categoria:	Tipo:	Data de Início:
Fonte de Recurso:			Data Prevista:
Situação:			Data da Conclusão:

Fica empenhada a importância de R\$ 4.000,00 (Quatro Mil Reais)

Ass. Ordenador de Despesas:	Deduzida da Dotação:	Liquidação:	Pague-se
em: 16/06/2021	em: 16/06/2021	em: ___/___/___	em: ___/___/___
			
RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	Ass.	Ass.	Ass.



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

MEMORANDO GAB Nº 830/2021

Princesa Isabel, 13 de maio de 2021.

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

Senhor Secretário,

Solicito o pagamento da nota fiscal nº 21 da empresa **IVANILDO MARTA DE SANTANA** no valor de R\$ 4.000,00 (Quatro mil reais) referente à prestação de serviços no transporte da vacina do COVID 19, para UBS da Lagoa da Cruz, junto com a Secretaria de Saúde, no mês de abril de 2021.

Banco do Brasil

AG: 0867-2

C/C: 6153-0

**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-e	21		10/05/2021				

**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



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

Número da Nota  
**21**

Data e Hora de Emissão  
**10/05/2021 10:09**

Código de Verificação  
**BCCQ-XXNO**



PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF: **28.154.030/0001-71**

Nome: **IVANILDO MARTA DE SANTANA 65379977804**

Razão Social: **IVANILDO MARTA DE SANTANA 65379977804**

Endereço: **RUA CÔNEGO FLORO, S/Nº**

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 TAVARES - PB**

CPF/CNPJ: **10.598.364/0001-79**

Endereço: **RUA ANA PEREIRA LIMA, SMS**

Município: **TAVARES**

E-mail: **Nao Informado**

Inscrição Municipal: **NAO INFORMADO**

Inscrição Estadual: **NAO INFORMADO**

CEP: **58753-000**

UF: **PB**

DISCRIMINAÇÃO DE SERVIÇOS E DEDUÇÕES

Código	Serviço	Aliquota (%)	Base de Calculo (R\$)	Iss retido (R\$)	Iss (R\$)
1195	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	0,00	4.000,00	0,00	0,00

Discriminação dos Serviços

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

VALOR LÍQUIDO = R\$ 4.000,00 / VALOR TOTAL = R\$ 4.000,00

Valor Total das Deduções (R\$)	<b>0,00</b>	Base de Cálculo (R\$)	<b>4.000,00</b>	Valor do ISS (R\$)	<b>0,00</b>
--------------------------------	-------------	-----------------------	-----------------	--------------------	-------------

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

Santa Filomena, Paraíba  
10/05/2021 10:09:09

---

**Transferência entre contas diversas****Debitado**

---

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

**Creditado**

---

Nome	IVANILDO MARTA DE SANTANA
Agência	867-2
Conta corrente	6153-0
Valor	4.000,00
Destinação	0
Data	Nesta data

---

Assinada por	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	21/06/2021 11:10:22
	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	21/06/2021 11:18:38

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA.