

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;">0012197</p>	Data de Emissão: <p style="text-align: center;">30/09/2021</p>	Tipo: <p style="text-align: center;">Ordinário</p>	Anulação Num.:
---	--	---	---	----------------

Número da Ficha: <p style="text-align: center; font-weight: bold;">705</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 3.3.90.39.01 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. JURÍDICA 214000000 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal 061 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA JURÍDICA	Saldo Anterior: 509.675,72 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 509.675,72 Este Empenho: 1.500,00 Saldo da Dotação: 508.175,72
---	---

Credor: EDIVONALDO BRAZ PEREIRA	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: 40.496.927/0001-89
------------------------------------	--	---------------------------------

Endereço: RUA PROJETADA 01	Complemento:
-------------------------------	--------------

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

Especificação da Despesa:
 VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE PELO SERVIÇOS PRESTADOS A SECRETARIA DE SAÚDE NO TRANSPORTE DA EQUIPE DO PROGRAMA "MELHOR EM CASA", DURANTE O MÊS DE JUIHO DE 2021. CONFORME DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO.

Tipo de Meta: 9 - DESPESA COVID-19	Convênio:	Valor da Despesa: <p style="font-weight: bold;">1.500,00</p>
---------------------------------------	-----------	---

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\$ 1.500,00 (Um Mil e Quinhentos Reais)

Ass. Ordenador de Despesas: em: 30/09/2021 RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	Deduzida da Dotação: em: 30/09/2021 Ass.	Liquidação: em: ___/___/___ Ass.	Pague-se em: ___/___/___ Ass.
--	--	--	-------------------------------------



PREFEITURA DE
PRINCESA ISABEL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MEMORANDO GAB Nº 1587/2021

Princesa Isabel, 03 de setembro 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 6 da empresa **EDIVONALDO BRAZ PEREIRA** no valor de R\$ 1.500,00 (Hum mil e quinhentos reais) referente á serviços prestados a Secretaria de Saúde no transporte da equipe do programa Melhor em Casa, no mês de agosto de 2021.

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	6		02/09/2021				

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
DEPARTAMENTO DE TRIBUTAÇÃO
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA -
NFS-e

NÚMERO
6
CÓDIGO
VERIFICAÇÃO
FXRD-IGXD
DATA EMISSAO
02/09/2021 14:16:44



PRESTADOR DOS SERVIÇOS

NOME NOME FANTASIA		RAZÃO SOCIAL	
EDIVONALDO BRAZ PEREIRA 02660693471		EDIVONALDO BRAZ PEREIRA 02660693471	
CPF CNPJ		INSCRIÇÃO MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL
40.496.927/0001-89		Não informado	Não informado
LOGRADOURO		NÚMERO	
RUA PROJETADA 01		S/Nº	
COMPLEMENTO		BAIRRO	
Não informado		CENTRO	
MUNICÍPIO		UF	PAÍS
PRINCESA ISABEL		PB	Brasil
CEP	TELEFONE	E-MAIL	
58755000	(83)9967-2935	princesanfs@gmail.com	

TOMADOR DOS SERVIÇOS

NOME / NOME EMPRESARIAL			
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE			
CPF CNPJ		INSCRIÇÃO MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL
10.473.821/0001-07		Não informado	Não informado
LOGRADOURO		NÚMERO	
RUA CONRADO ROSAS		75	
COMPLEMENTO		BAIRRO	
TÉRREO E 1º ANDAR		CENTRO	
MUNICÍPIO		UF	PAÍS
PRINCESA ISABEL		PB	Brasil
CEP	TELEFONE	E-MAIL	
58755-000	Não informado	Não informado	

SERVIÇOS PRESTADOS

ITEM DA LISTA DE SERVIÇOS	Alíquota	Base de Cálculo	Iss retido	Iss
Serviço				
7719-5/99 - LOCAÇÃO DE OUTROS MEIOS DE TRANSPORTE NÃO ESPECIFICADOS ANTERIORMENTE, SEM CONDUTOR	0%	R\$ 1.500,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
DESCRIÇÃO DETALHADA				

TRANSPORTE DA EQUIPE DO PROGRAMA "MELHOR EM CASA", NO MÊS DE JULHO DE 2021.

VALORES

VALORES BÁSICOS					
VALOR TOTAL DA NOTA		VALOR TOTAL DO SERVIÇO		ACRÉSCIMOS	
R\$ 1.500,00		R\$ 1.500,00		R\$ 0,00	
DESCONTO INCONDICIONADO		DESCONTO CONDICIONADO		DEDUÇÃO LEGAL	
				R\$ 0,00	
RETENÇÕES DE TRIBUTOS FEDERAIS					
PIS	CONFINs	INSS	IR	CSLL	
R\$ 0,00		R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	
VALORES COMPLEMENTARES					
OUTRAS RETENÇÕES	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	ISS Retido	ISS	VALOR LÍQUIDO
R\$ 0,00	R\$ 1.500,00	0%	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 1.500,00

OBSERVAÇÕES

Não informado

OUTRAS INFORMAÇÕES

Atesto que o serviço e/ou produto constante nesta Nota Fiscal foram executados e/ou entregues
Francisca de Lucena Henriques
CPF 142.492.434-09

Aplicação em poupança**Debitado**

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

Creditado

Nome EDIVONALDO BRAZ PEREIRA
Agência 867-2
Conta corrente 510015244-X
Variação 51
Valor 1.500,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	13/09/2021 15:31:31
	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	13/09/2021 15:56:20

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA.