

# 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 2-Especial 3-Extraordinário 4-Fundo Especial	Número: <b>0018421</b>	Data de Emissão: 30/12/2021	Tipo: Ordinário	Anulação Num.:
--	---	---------------------------	--------------------------------	--------------------	----------------

Número da Ficha: <b>705</b>	Unidade Orçamentária: 0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
--------------------------------	--

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: 125.523,64 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 125.523,64 Este Empenho: 4.000,00 Saldo da Dotação: 121.523,64
---	---

Credor: IVANILDO MARTA DE SANTANA	Tipo: <input type="checkbox"/> 1-Pessoa Física <input checked="" type="checkbox"/> 2-Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/> 3-Folha de Pagamento <input type="checkbox"/> 4-Outros	CNPJ/CPF: 28.154.030/0001-71
--------------------------------------	--	---------------------------------

Endereço: RUA CONEGO FLORO. SN	Complemento:
-----------------------------------	--------------

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

Especificação da Despesa:  
VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE AOS SERVIÇOS PRESTADOS, NO TRANSPORTE DE VACINAS DO COVID-19, JUNTO A SECRETARIA DE SAÚDE DESTA MUNICÍPIO, DURANTE O MÊS DE OUTUBRO DE 2021. CONFORME PP (PREGÃO PRESENCIAL) Nº 004/2018 E DOCUMENTOS EM ANEXO.

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

DADOS DA LICITAÇÃO:	
Licitação: 00004/2018	Modalidade: 11-Pregão Presencial

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\$ 4.000,00 (Quatro Mil Reais)

Ass. Ordenador de Despesas: em: 30/12/2021 	Deduzida da Dotação: em: 30/12/2021 Ass.	Liquidação: em: ____/____/____ Ass.	Pague-se em: ____/____/____ Ass.
---	--	---	--



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL  
DEPARTAMENTO DE TRIBUTAÇÃO  
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

NÚMERO  
29

CÓDIGO VERIFICAÇÃO  
QCKYQUWG

DATA EMISSÃO  
17/11/2021 14:06:41



**PRESTADOR DOS SERVIÇOS**

NOME / NOME FANTASIA		RAZÃO SOCIAL	
IVANILDOMARTA DE SANTANA 03799778		IVANILDOMARTA DE SANTANA 03799778	
CPF   CNPJ		INSCRIÇÃO MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL
28.154.030/0001 -71		Não informado	Não informado
LOGRADOURO		NÚMERO	
RUA CÔNEGO FLORO		S/Nº	
COMPLEMENTO		BAIRRO	
Não informado		CENTRO	
MUNICÍPIO		UF	PAÍS
PRINCESA ISABEL		PB	Brasil
CEP	TELEFONE	E-MAIL	
58755000	(83)3457 - 2848	princesanfs@gmail.com	

**TOMADOR DOS SERVIÇOS**

NOME / NOME EMPRESARIAL		
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PRINCESA ISABEL		
CPF   CNPJ	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL
10.473.821/0001 -07	Não informado	Não informado
LOGRADOURO	NÚMERO	
RUA CONRADO ROSAS	Não informado	
COMPLEMENTO	BAIRRO	
Não informado	CENTRO	
MUNICÍPIO	UF	PAÍS
PRINCESA ISABEL	PB	Brasil
CEP	TELEFONE	E-MAIL
58755 -000	Não informado	pm.pisabel@hotmail.com

**SERVIÇOS PRESTADOS**

ITEM DA LISTA DE SERVIÇOS	Aliquota	Base de Cálculo	Iss retido	Iss
4929 -9/02 TRANSPORTE RODOVIÁRIO COLETIVO DE PASSAGEIROS, SOB REGIME DE FRETAMENTO, INTERMUNICIPAL, INTERESTADUAL E INTERNACIONAL	5%	RS 4.000,00	RS 0,00	RS 200,00
DESCRIÇÃO DETALHADA				
 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DURANTE O MÊS DE OUTUBRO DE 2021				

**VALORES**

VALORES BÁSICOS		VALORES COMPLEMENTARES	
VALOR TOTAL DA NOTA	RS 4.000,00	VALOR TOTAL DO SERVIÇO	RS 4.000,00
DESCONTO INCONDICIONADO		ACRÉSCIMOS	RS 0,00
RETENÇÕES DE TRIBUTOS FEDERAIS		DESCONTO CONDICIONADO	
PIS	RS 0,00	DEDUÇÃO LEGAL	RS 0,00
CONFINS			
INSS	RS 0,00		
IR	RS 0,00		
CSLL	RS 0,00		

VALORES COMPLEMENTARES						
TOTAL DEDUÇÕES	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	ISS Retido	ISS	VALOR LÍQUIDO	
RS 0,00	RS 4.000,00	5%	RS 0,00	RS 200,00	RS 4.000,00	

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 142.492.434-00

---

**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 ██████████  
Conta corrente ██████████  
Valor 4.000,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	27/12/2021 11:10:14
	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	27/12/2021 11:44:49

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.