

# 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;"><b>0002860</b></p>	Data de Emissão: <p style="text-align: center;">05/04/2021</p>	Tipo: <p style="text-align: center;">Ordinário</p>	Anulação Num.:
---	--	---	---	----------------

Número da Ficha: <p style="text-align: center;"><b>521</b></p>	Unidade Orçamentária: <p style="text-align: center;">0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE</p>
---	---

Classificação da Despesa: 10 - SAÚDE 301 - ATENÇÃO BÁSICA 4002 - ATENÇÃO BÁSICA 2134 - MANTER O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - 15% 3.3.90.48.01 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS ÀS 001000000 - Recursos Ordinários 099 - SEM SUBELEMENTO	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>Saldo Anterior:</td> <td style="text-align: right;">48.375,34</td> </tr> <tr> <td>Suplementação:</td> <td style="text-align: right;">0,00</td> </tr> <tr> <td>Anulação:</td> <td style="text-align: right;">0,00</td> </tr> <tr> <td>Soma:</td> <td style="text-align: right;">48.375,34</td> </tr> <tr> <td>Este Empenho:</td> <td style="text-align: right;">100,00</td> </tr> <tr> <td>Saldo da Dotação:</td> <td style="text-align: right;">48.275,34</td> </tr> </table>	Saldo Anterior:	48.375,34	Suplementação:	0,00	Anulação:	0,00	Soma:	48.375,34	Este Empenho:	100,00	Saldo da Dotação:	48.275,34
Saldo Anterior:	48.375,34												
Suplementação:	0,00												
Anulação:	0,00												
Soma:	48.375,34												
Este Empenho:	100,00												
Saldo da Dotação:	48.275,34												

Credor: ROSILDA DOS SANTOS ANDRADE	Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> 1 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento 4-Outros	CNPJ/CPF: 106.983.144-17
---------------------------------------	--	-----------------------------

Endereço: SITIO GAVIAO	Complemento:
---------------------------	--------------

Bairro: ZONA RURAL	Cidade / UF:	CEP:
-----------------------	--------------	------

Especificação da Despesa:  
 VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE A CONCESSÃO DE UM AUXÍLIO PARA SEGURANÇA ALIMENTAR, DE ENFRENTAMENTO AO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19) EM CONSONÂNCIA COM A LEI COMPLEMENTAR FEDERAL Nº 173, DE 27 DE MAIO DE 2020, DE ACORDO COM A DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO.

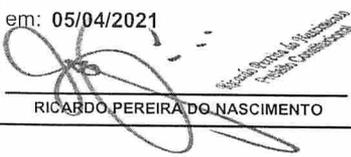
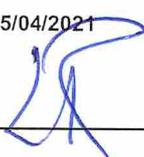
Tipo de Meta: 9 - DESPESA COVID-19	Convênio:	Valor da Despesa: <p style="font-size: 1.2em;"><b>100,00</b></p>
---------------------------------------	-----------	---

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\$ 100,00 (Cem Reais)

Ass. Ordenador de Despesas: em: 05/04/2021  RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	Deduzida da Dotação: em: 05/04/2021  Ass.	Liquidação: em: ___/___/___ Ass.	Pague-se em: ___/___/___ Ass.
---	---	--	-------------------------------------

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL**

CNPJ: 08.888.968/0001-08

RUA DR ARROJADO LISBOA, Nº SN - CENTRO - PRINCESA ISABEL/PB, CEP: 58755000

Sistema de Controle de Tesouraria

**Cópia de Cheque**

Comp	Banco	Agência DV	C1	Conta	C2	Série	Cheque Nº	C3
	<b>001</b>	<b>0867-2-</b>		<b>8.423-9-</b>			<b>865308</b>	<b>R\$100,00</b>
Pague por este cheque a quantia de <b>Cem Reais.</b> *****								
***** ou a sua ordem								
a <b>ROZILDA DOS SANTOS ANDRADE</b>								
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL 08888968000108 RUA DR ARROJADO LISBOA, Nº SN - CENTRO - PRINCESA ISABEL/PB, CEP: 58755000				PRINCESA ISABEL, 16 de Março de 2021				

**Banco:** BANCO DO BRASIL S.A.

**Conta:** F.M.S.

**Cheque:** 865308

**Nº Conta:** 8.423-9-

**Talão:** TL

**Numero Empenho:**

**Data Empenho:**

**Utilizado para:** Pagamento referente ao auxilio para segurança alimentar em consonancia com a Lei Complementar Nº173, Corona Virus. Conforme cópia de cheque, recibo e documentação em anexo. Pago com FMS.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL  
RUA DR ARROJADO LISBOA, Nº SN - CENTRO - PRINCESA ISABEL/PB, CEP: 58755000

08.888.968/0001-08

## RECIBO

<b>VALOR BRUTO</b>	<b>R\$100,00</b>
<b>Base de Calculo IRRF</b>	R\$0,00
ISS	0,00
IRRF	0,00
<b>Base de Calculo INSS</b>	R\$0,00
INSS	0,00
PREV. PRÓPRIA	0,00
Outros	0,00
EMPREENDER	0,00
SEST/SENAT	0,00
<b>VALOR LIQUIDO</b>	<b>R\$100,00</b>

Recebi da PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL, a importância de R\$ 100,00 (Cem Reais. \*\*\*\*\*), Pagamento referente ao auxílio para segurança alimentar em consonância com a Lei Complementar Nº173, Corona Vírus. Conforme copia de cheque, recibo e documentação em anexo. Pago com FMS. Pelo qual dou plena e total quitação.

**PRINCESA ISABEL, 16 de Março de 2021.**

*Rozilda dos Santos Andrade*  
\_\_\_\_\_  
ROZILDA DOS SANTOS ANDRADE  
POV LAGOA DE SÃO JOÃO - Bairro: - PRINCESA ISABEL-PB. CEP: 58755000  
CPF: 106.983.144-17

**PAGUE-SE**

EM , 16 de Março de 2021.

\_\_\_\_\_  
Prefeito(a)

**PAGO**

Recurso: F.M.S.  
Banco: BANCO DO BRASIL S.A.  
Liquido: R\$ 100,00 Cheque: 865308  
Em, 16 de Março de 2021.

\_\_\_\_\_  
Tesoureiro(a)



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL

CNPJ: 08.888.968/0001-08

RUA DR ARROJADO LISBOA S/N - CENTRO - PRINCESA ISABEL-PB CEP:58755000

Processo: **9952 / 2021**

Data: **12/03/2021**

Requerente: **ROZILDA DOS SANTOS ANDRADE**

Endereco: **POV LAGOA DE SAO JOAO**

Bairro: **Z.RURAL**

Cidade: **PRINCESA ISABEL**

UF: **PB**

Celular: **(83) 99690-3596**

Cep: **58755000**

Assunto: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DESPACHO**

VISTOS ETC., CONSIDERANDO A DOCUMENTAÇÃO ANEXA AO PRESENTE REQUERIMENTO DE DOAÇÃO NA FORMA DE AJUDA DE CUSTO AMPARADA NA LEI MUNICIPAL 910/05, E CONSIDERANDO QUE AS DOAÇÕES REALIZADAS FAZEM PARTE DE PROGRAMAS SOCIAIS AUTORIZADOS EM LEI E JÁ EM EXECUÇÃO ORÇAMENTARIA NO EXERCÍCIO ANTERIOR, AUTORIZO O SEU PAGAMENTO.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL  
CNPJ: 08.888.968/0001-08  
RUA DR ARROJADO LISBOA S/N - CENTRO - PRINCESA ISABEL-PB CEP:58755000

## REQUERIMENTO DO USUÁRIO

Processo: **9952 / 2021**

Eu ROZILDA DOS SANTOS ANDRADE

Identidade: 3988489

CPF: 10698314417

Endereço: POV LAGOA DE SAO JOAO

Bairro: Z.RURAL

Cep: 58755000

Cidade: PRINCESA ISABEL

UF: PB

Venho por meio deste, solicitar da Prefeitura de Princesa Isabel, através da Secretaria de Saúde, o benefício abaixo discriminado:

Benefício Requerido:

AUXILIO PARA SEGURANÇA ALIMENTAR EM CONSONACIA COM A LEI  
COMPLEMENTAR 173 CORONA VIRUS

Princesa Isabel-PB, 12/03/2021

Rozilda dos Santos Andrade.  
Requerente



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL

CNPJ: 08.888.968/0001-08

RUA DR ARROJADO LISBOA S/N - CENTRO - PRINCESA ISABEL-PB CEP:58755000

FICHA DE TRIAGEM

Processo: 9952 / 2021

UBS Oriem: \_\_\_\_\_ CNS: 702308136125811  
Nome: ROZILDA DOS SANTOS ANDRADE Sexo: F  
Nascimento: 23/09/1996 Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Identidade: 3988489 CPF: 10698314417  
Celular: (83) 99690-3596 Naturalidade: \_\_\_\_\_  
Endereco: POV LAGOA DE SAO JOAO Cep: 58755000  
Bairro: Z.RURAL Cidade: PRINCESA ISABEL UF PB  
Mãe: MARIA APARECIDA DOS SANTOS ANDRAI Pai: JOSE EUFRASINO DE ANDRADE

ASPECTOS FÍSICOS

PORTADOR DE DEFICIÊNCIA QUAL  
SIM  NÃO

PORTADOR DE ENFERMIDADE QUAL  
SIM  NÃO

FAZ USO DE MEDICAÇÃO QUAL  
SIM  NÃO

JÁ CONSULTOU ASSISTENTE SOCIAL  
SIM  NÃO

ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICO

ASPECTO DE MORADIA OUTRA  
RESIDÊNCIA PRÓPRIA  ALUGADA  CEDIDA

MORA COM PARENTES OBS:  
SIM  NÃO

RECEBE BENEFÍCIOS QUAL  
SIM  NÃO

RENDA PRÓPRIA RENDA FAMILIAR MENSAL  
SIM  NÃO

PARECER SOCIAL

*Rozilda dos Santos Andrade*  
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura Social Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL  
CNPJ: 08.888.968/0001-08  
RUA DR ARROJADO LISBOA S/N - CENTRO - PRINCESA ISABEL-PB CEP:58755000

## DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO

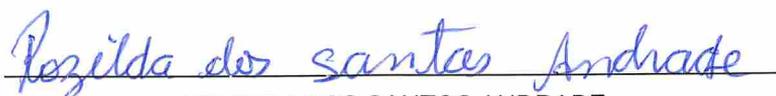
Processo: **9952 / 2021**

Declaro para os devidos fins de direito, que recebi da Prefeitura de Princesa Isabel-PB, o benefício abaixo discriminado referente a minha solicitação, conforme a Lei Municipal 910/05, ou a Lei Municipal n 1.388 de 14 de março de 2018 e artigo 26 da Lei Complementar n. 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal).

Setor/Secretaria: PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL

Valor R\$: 100,00  
(cem reais)

Princesa Isabel-PB, 12/03/2021



ROZILDA DOS SANTOS ANDRADE

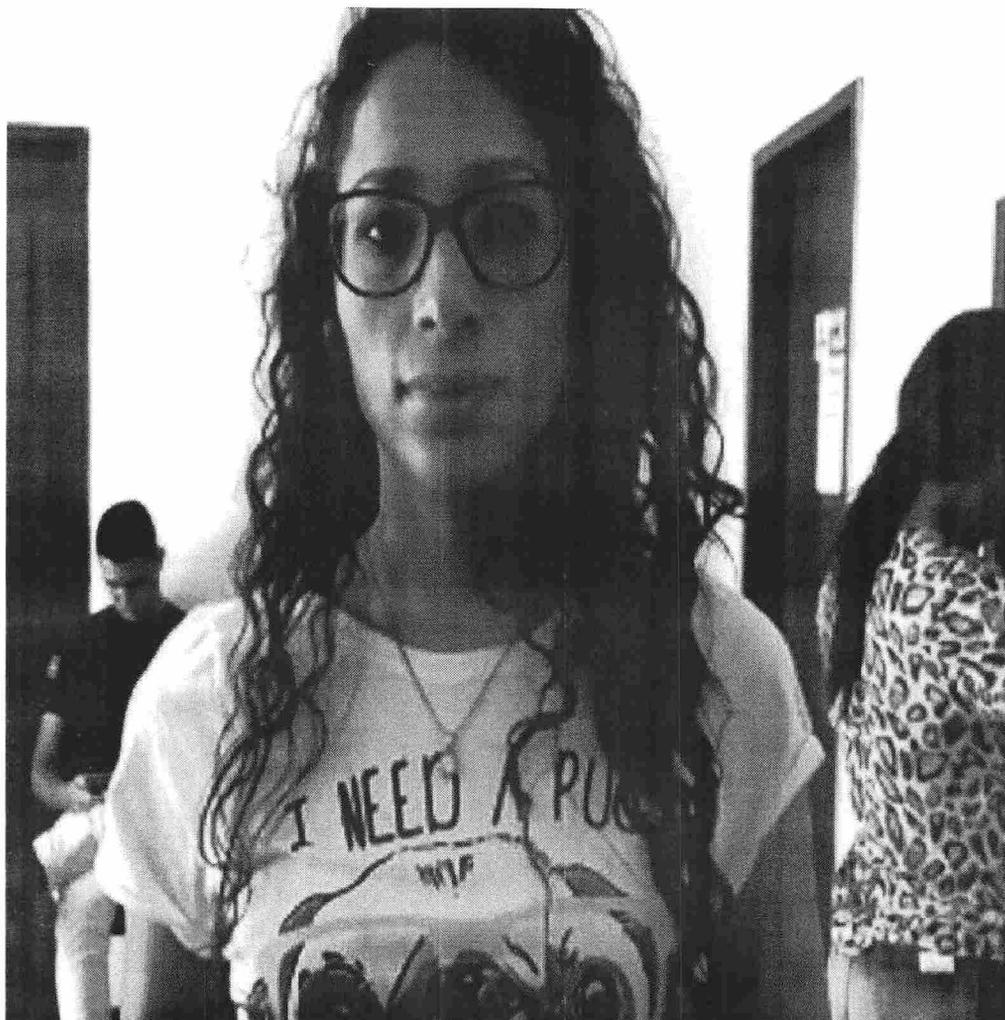
CPF: 10698314417



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL

CNPJ: 08.888.968/0001-08

RUA DR ARROJADO LISBOA S/N - CENTRO - PRINCESA ISABEL-PB CEP:58755000

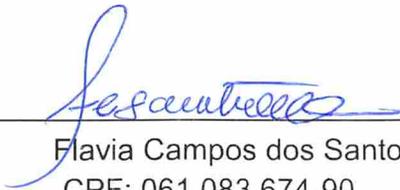


Testemunha 1

  
Jacicleide Ferreira de Sá Mandu

CPF: 087.678.564-03

Testemunha 2

  
Flavia Campos dos Santos

CPF: 061.083.674-90

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

**TÍTULO ELEITORAL** IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR  
**ROZILDA DOS SANTOS ANDRADE**

DATA DE NASCIMENTO: 23/09/1996 N. INSCRIÇÃO: 0440 5212 1201 ZONA: 034 SEÇÃO: 0055

MUNICÍPIO / UF: PRINCESA ISABEL / PB DATA DE EMISSÃO: 04/05/2017

JUIZ ELEITORAL

Des. Maria das Graças Moreira Guedes

Sistema Único de Saúde

ROZILDA DOS SANTOS ANDRADE Sexo: F  
Data Nasc.: 23/09/1996  
702 3081 3612 5811



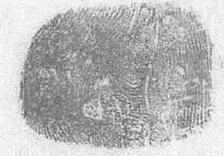
SUS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P-239

CARTeira DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR  
*Rozilda dos Santos Andrade*

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 3.988.489 DATA DE EMISSÃO: 30/08/2011

NOME: ROZILDA DOS SANTOS ANDRADE

FILIAÇÃO: JOSÉ EURASINO DE ANDRADE

NATURALIDADE: PRINCESA ISABEL - PB DATA DE NASCIMENTO: 23/09/1996

DOC ORIGINAL: NASC. N. 21528 FLS. 157 LIV. A-21

CARTÓRIO PRINCESA ISABEL - PB

CPF: 106.983.144-17

ASSINATURA DO DIRETOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

*Rozilda dos Santos Andrade*  
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

