

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:	0003280	Data de Emissão:	12/04/2021	Tipo:	Ordinário	Anulação Num.:
------------------	---	---------	---------	------------------	------------	-------	-----------	----------------

Número da Ficha:	Unidade Orçamentária:
521	0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

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	Saldo Anterior: 33.305,34 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 33.305,34 Este Empenho: 100,00 Saldo da Dotação: 33.205,34
---	--

Credor:	Tipo:	CNPJ/CPF:
JOSINEIDE OTILIA DA SILVA	1 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento 4-Outros	044.470.044-70

Endereço:	Complemento:
SIT MACAMBIRA DOS DIONÍSIOS. SN	

Bairro:	Cidade / UF:	CEP:
ÁREA RURAL	PRINCESA ISABEL - PB	58755-000

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:	Convênio:	Valor da Despesa:
9 - DESPESA COVID-19		100,00

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:	Deduzida da Dotação:	Liquidação:	Pague-se
em: 12/04/2021	em: 12/04/2021	em: ___/___/___	em: ___/___/___
 RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	 Ass.	Ass.	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
	001	0867-2-		8.423-9-			865250	R\$100,00
Pague por este cheque a quantia de <u>Cem Reais.*****</u>								
***** ou a sua ordem								
a <u>JOSINEIDE OTILIA DA SILVA</u>								
PRINCESA ISABEL, 11 de Março de 2021								
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL 08888968000108 RUA DR ARROJADO LISBOA, Nº SN - CENTRO - PRINCESA ISABEL/PB, CEP: 58755000								

Banco: BANCO DO BRASIL S.A.

Conta: F.M.S.

Cheque: 865250

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 copia de cheque, recibo e documentação em anexo. Pago com FMS.

RECIBO

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

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, 11 de Março de 2021.

Josineide Otília da Silva

JOSINEIDE OTILIA DA SILVA
SIT MACAMBIRA DIONISIOS - Bairro: - PRINCESA ISABEL-PB. CEP: 58755000
CPF: 044.470.044-70

PAGUE-SE

EM , 11 de Março de 2021.

Prefeito(a)

PAGO

Recurso: F.M.S.
Banco: BANCO DO BRASIL S.A.
Liquido: R\$ 100,00 Cheque: 865250
Em, 11 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: **9872 / 2021**

Data: **09/03/2021**

Requerente: **JOSINEIDE OTILIA DA SILVA**

Endereço: **STIO MACAMBIRA DOS DIONISIOS**

Bairro: **AREA RURAL**

Cidade: **PRINCESA ISABEL**

UF: **PB**

Celular:

Cep: **58755000**

Assunto: _____

DESPACHO

Vistos etc, Considerando a documentação anexa ao presente requerimento de decisão na forma de apêndice de custo anexado na Lei municipal 9005, e considerando que as decisões realizadas fazem parte de programas sociais autorizados em lei e já em execução pela prefeitura na ocasião 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

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO

Processo: **9872 / 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, 09/03/2021

JOSINEIDE OTILIA DA SILVA
CPF: 04447004470



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: 9872 / 2021

UBS Oriem:	CNS: 200547697140002
Nome: JOSINEIDE OTILIA DA SILVA	Sexo: F
Nascimento: 21/03/1976	Estado Civil:
Identidade: 2827266	CPF: 04447004470
Celular:	Naturalidade:
Endereco: STIO MACAMBIRA DOS DIONISIOS	Cep: 58755000
Bairro: AREA RURAL	Cidade: PRINCESA ISABEL UF PB
Mãe: NEUSA MARIA OTILIO	Pai: JOSE OTILIO FILHO

ASPECTOS FÍSICOS

PORTADOR DE DEFICIÊNCIA	QUAL
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
PORTADOR DE ENFERMIDADE	QUAL
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
FAZ USO DE MEDICAÇÃO	QUAL
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
JÁ CONSULTOU ASSISTENTE SOCIAL	
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	

ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICO

ASPECTO DE MORADIA	OUTRA
RESIDÊNCIA PRÓPRIA <input type="checkbox"/> ALUGADA <input type="checkbox"/> CEDIDA <input type="checkbox"/>	
MORA COM PARENTES	OBS:
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
RECEBE BENEFÍCIOS	QUAL
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
RENDA PRÓPRIA	RENDA FAMILIAR MENSAL
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	

PARECER SOCIAL

	
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

REQUERIMENTO DO USUÁRIO

Processo: **9872 / 2021**

Eu JOSINEIDE OTILIA DA SILVA

Identidade: 2827266

CPF: 04447004470

Endereço: STIO MACAMBIRA DOS DIONISIOS

Bairro: AREA RURAL

Cep: 58755000

Cidade: PRINCESA ISABEL

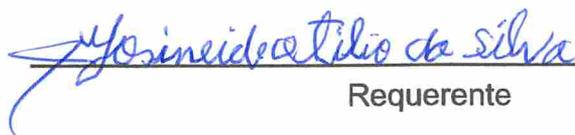
UF: PB

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 LEI
COMPLEMENTAR 173 CORONA VIRUS**

Princesa Isabel-PB, 09/03/2021


Requerente



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL

CNPJ: 08.888.968/0001-08

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

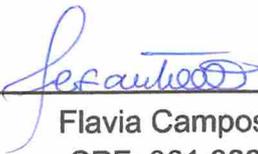


Testemunha 1


Jacicleide Ferreira de Sá Mandu

CPF: 087.678.564-03

Testemunha 2


Flavia Campos dos Santos

CPF: 061.083.674-90



Ministério da Fazenda
Receita Federal

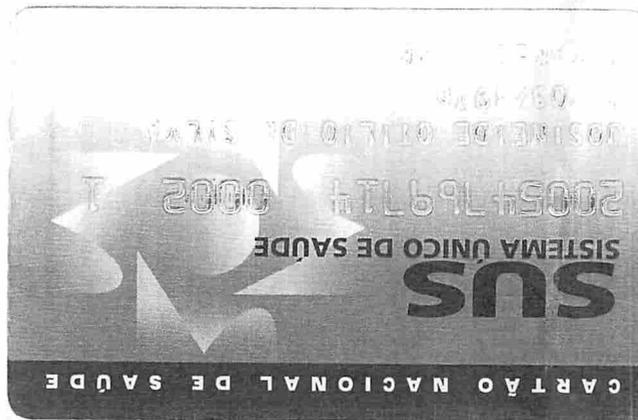
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
044.470.044-70

Nome
JOSINEIDE OTILIO DA SILVA

Nascimento
21/03/1976



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 00272000 DATA DE EXPEDIÇÃO: 00000000

NOME: JOSINEIDE OTÍLIO DA SILVA
 José Otílio Filho
 FILIAÇÃO: Neusa Maria Otílio

Tavares.PB NATURALIDADE
 21.03.1976 DATA DE NASCIMENTO

DOC ORIGEM: Cert.Nasc.Nº723.Fls.7lv.
 Liv.A-02.Cart.de Tavares.PB

CPF: _____

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº7.116 DE 29/08/83

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

JUIZ ELEITORAL: _____

MUNICÍPIO / UF: PRINCESA ISABEL/PB

DATA DE EMISSÃO: 07/06/2017

DATA DE NASCIMENTO: 21/03/1976

Nº INSCRIÇÃO: 0209 8897 1201

D.V.: _____ ZONA: 034 SEÇÃO: 0232

NOME DO ELEITOR: JOSINEIDE OTÍLIO DA SILVA

TÍTULO ELEITORAL: IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 09:43:39 do dia 10/11/2020 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00

CÓDIGO DE CONTROLE: 3398.A91B.0477.EDF1



SECRETARIA ESTADUAL E MUNICIPAL DE SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL

Este cartão é de uso pessoal. Não o entregue a outras pessoas. Em caso de perda ou roubo, comunicar ao Disque-Saúde. Fone 0800 61 1997 (ligação gratuita)

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

NOME: GABRIEL QUININO
 ENDEREÇO: CAMBIRA DOS CONCEIÇÕES, S/N - AREA RURAL
 PRINCESSA ISABEL / PB CEP: 58755000 (AG: 165)
 CNPJ/RANI: 060.573.584-28



TIPO DE SERVIÇO: CONVENCIONAL E ABAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
 TARIFA: FIES MTC B1 / Subclasse: BAIXA RENDA
 TIPO DE TENSÃO: MONOFÁSICO
 Nº Medidor: 00008549952

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1624377-6

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 06016243776

VALOR DA FATURA R\$ 36,53	VENCIMENTO 03/02/2021
REFERÊNCIA Jan / 2021	CONSUMO 73kWh 2,61 kWh MÉDIA DIÁRIA
SITUAÇÃO DE DÉBITOS	

Descrição	Quant	Tarifa c/ Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alíq ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS (R\$) 0,6671%	Cofins (R\$) 3,0729%
Consumo até 30 kWh - ER	30	0,194070	5,82	0,00	0,00	5,82	0,04
Consumo - 31 a 100 kWh - ER	43	0,332700	14,30	0,00	0,00	14,30	0,09
Ac. c. B. Vermelha			0,10	0,00	0,00	0,10	0,00
Ac. c. B. Amarela			0,48	0,00	0,00	0,48	0,00
Sustent.			20,94	0,00	0,00	20,94	0,14
ENCARGAMENTOS DE SERVIÇOS			16,45	0,00	0,00	0,00	0,00
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			0,15	0,00	0,00	0,00	0,00
JULGOS DE MODA 11/2020			0,52	0,00	0,00	0,00	0,00
MULTA 2/2020			-1,07	0,00	0,00	0,00	0,00
COMPENSAÇÃO POR INDICADOR-DIC 11/2020			-20,16	0,00	0,00	0,00	0,00
Distribuição Sustent.							

Código de Classificação do Item: TOTAL: 36,53 0,00 0,00 41,84 0,27 1,27
 Fator de Tributos Até 30 kWh: 0,188820 Até 100 kWh: 0,320270

RESERVADO AO FISCO cfo7.66cb.8dc9.4035.b90b.d406.05a4.b043.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		LEITURAS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
1/2021	45	Anterior 30/12/20	5211	Descrição	Valor (R\$)	%
2/2021	47	Atual 27/01/21	5284	Serviços de Dist. da Energisa/PB	7,97	21,20
3/2021	42	Consumo	73 kWh	Compra de Energia	8,80	23,40
4/2021	51	Período	28 dias	Serviço de Transmissão	1,51	4,02
5/2021	39	Constante do medidor	1	Encargos Setoriais	1,68	4,41
6/2021	51			Impostos Diretos e Encargos	17,66	46,97
7/2021	37			Outros Serviços	0,00	0,00
8/2021	33			Total	37,60	100,00
9/2021	78			Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 11/2020) R\$ 9,18		
10/2021	74					
11/2021	31					
12/2021	78					
13/2021	31					

Indicadores de Qualidade (REFERÊNCIA 11/2020 - Conjunto Princesa Isabel)

ÍNDICE	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (V)
MULTA	12,35	18,03	24,71	49,42
Índice de não atendimento em energia - DIC	7,52	8,00	15,84	31,28
Índice de não atendimento em energia - FIC	6,78	7,58		
Índice de maior interrupção de energia no período - DMIC	16,80			
Índice de interrupção individual em dia crítico - DICR				

ATENÇÃO
 A Agência de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.
 Para saber mais sobre a Energisa, visite nosso site: www.energisa.com.br ou ligue para 0800-011111.
 A Unidade foi furada com a Baixa Renda, tendo um desconto de R\$20,16.
 Excluída do ICMS pago na base de cálculo do PIS/COFINS, conforme Solução de Consulta Interna COSIT nº 13/2013.
 A redução Federal de 10% de redução na base de cálculo das contribuições no faturamento esse mês será de R\$ 1.719,99.

##@#bama@o@h@e@l@4##