

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:	Data de Emissão:	Tipo:	Anulação Num.:
<input type="checkbox"/>		0003284	12/04/2021	Ordinário	

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

Classificação da Despesa:	Saldo Anterior:
10 - SAÚDE	32.905,34
301 - ATENÇÃO BÁSICA	Suplementação:
4002 - ATENÇÃO BÁSICA	0,00
2134 - MANTER O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - 15%	Anulação:
3.3.90.48.01 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS ÀS	0,00
001000000 - Recursos Ordinários	Soma:
099 - SEM SUBELEMENTO	32.905,34
	Este Empenho:
	100,00
	Saldo da Dotação:
	32.805,34

Credor:	Tipo:	CNPJ/CPF:
MARIA HELENA DE MELO	1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento 4-Outros	049.251.874-22

Endereço:	Complemento:
MACAMBIRA DOS DIONISIOS	

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

Especificação da Despesa:

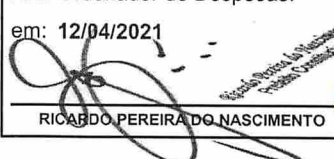
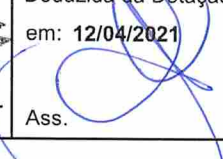
VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE A CONCESSÃO DE UM AUXÍLIO PARA SEGURANÇA ALIMENTAR, DE ENFRENTAMENTO AO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19) EM CONSONÂNCIA COM A LEI COMPLEMENTAR FEDERAL Nº 173, DE 27 DE MAIO DE 2020, DE ACORDO COM A DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO.

Tipo de Meta:	Convênio:	Valor da Despesa:
7 - OUTRAS		100,00

DADOS DA LICITAÇÃO:	
Licitação:	Modalidade:
	9-Ser. 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

Página 1 de 1

Cópia de Cheque

Comp	Banco	Agência DV	C1	Conta	C2	Série	Cheque Nº	C3
	001	0867-2-		8.423-9-			865159	R\$100,00
Pague por este cheque a quantia de <u>Cem Reais.*****</u>								
***** ou a sua ordem								
a <u>MARIA HELENA DE MELO</u>								
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL 0888968000108 RUA DR ARROJADO LISBOA, Nº SN - CENTRO - PRINCESA ISABEL/PB, CEP: 58755000			PRINCESA ISABEL,			1 de Março		de 2021

Banco: BANCO DO BRASIL S.A.

Conta: F.M.S.

Cheque: 865159

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 Nª173, Corona Vírus. Conforme copia 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

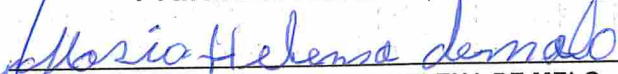
08.888.968/0001-08

RECIBO

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, 01 de Março de 2021.



MARIA HELENA DE MELO
SIT MACAMBIRA DOS DIONISIO - Bairro: - PRINCESA ISABEL-PB. CEP: 58755000
CPF: 049.251.874-22


PAGUE-SE

EM , 01 de Março de 2021.

Prefeito(a)

PAGO

Recurso: F.M.S.
Banco: BANCO DO BRASIL S.A.
Liquido: R\$ 100,00 Cheque: 865159
Em, 01 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: **9798 / 2021**

Data: **26/02/2021**

Requerente: **MARIA HELENA DE MELO**

Endereço: **SITIO MACAMBIRA DOS DIONISIO**

Bairro: **ZONA RURAL**

Cidade: **PRINCESA ISABEL**

UF: **PB**

Celular:

Cep: **58755000**

Assunto: _____

DESPACHO

Distos etc, considerando a documentação anexa ao presente requerimento de doação na forma de captação de leite amparada na lei municipal 910/05, e considerando que os doações realizadas fazem parte de programas sociais autorizadas em lei e faz um esclarecimento referente ao uso e início anterior, autorizo o seu 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: **9798 / 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, 26/02/2021

MARIA HELENA DE MELO
CPF: 04925187422



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: 9798 / 2021

UBS Oriem:	CNS:	
Nome: MARIA HELENA DE MELO	Sexo: F	
Nascimento: 06/02/1959	Estado Civil: CASADO(A)	
Identidade: 3086116	CPF: 04925187422	
Celular:	Naturalidade:	
Endereco: SITIO MACAMBIRA DOS DIONISIO	Cep: 58755000	
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: PRINCESA ISABEL	UF PB
Mãe: LEOPOLDINA CLEMENTINO DA SILVA	Pai: MANOEL CLEMENTINO DA SILVA	

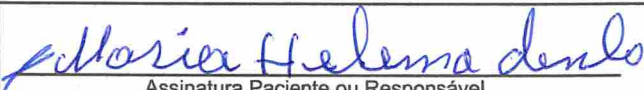
ASPECTOS FÍSICOS

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

Rua Arrojado Lisboa, s/n, Centro, CEP. 58755-000, Princesa Isabel-PB - CNPJ: 08.888.968/0001-08

Fone: (83) 3457-2419 - Email: pm.isabel@hotmail.com - ouvidoriampipb@gmail.com

Fanpage - <https://www.facebook.com/prefeituradepincesaisabel/> - Instagram: @prefeituradepincesa



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: **9798 / 2021**

Eu MARIA HELENA DE MELO

Identidade: 3086116

CPF: 04925187422

Endereço: SITIO MACAMBIRA DOS DIONISIO

Bairro: ZONA 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 SEGURANCA ALIMENTAR EM CONSONANCIA COM LEI
COMPLEMENTAR 173 CORONA VIRUS**

Princesa Isabel-PB, 26/02/2021


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

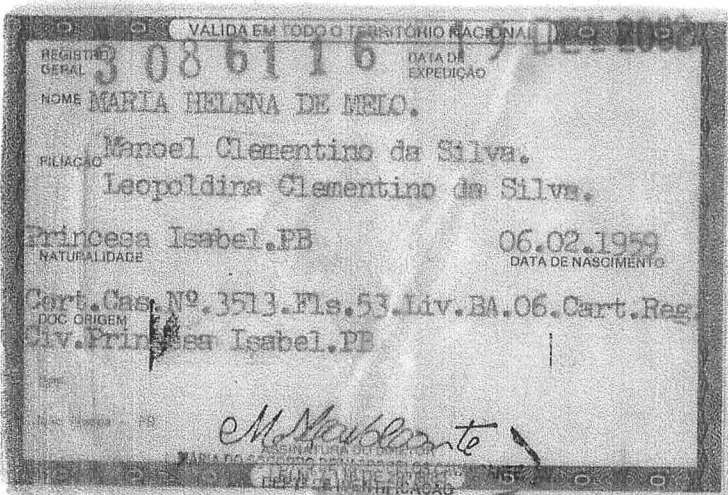
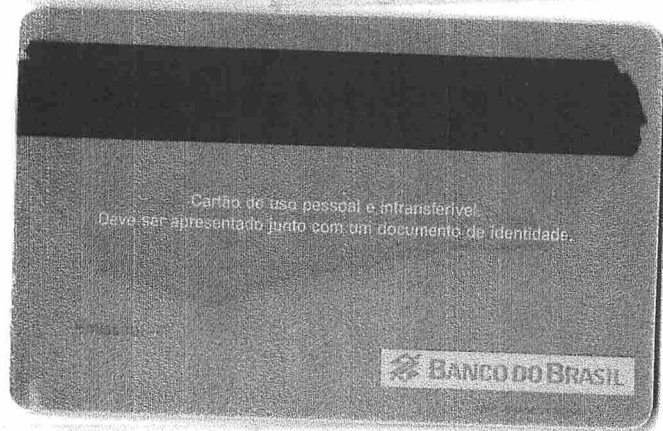

Jacicleide Ferreira de Sá Mandu

CPF: 087.678.564-03

Testemunha 2


Fabiana de Lima Freire

CPF: 070.492.594-03



MARIA HELENA DE MELO
 SÍT MACAMBRA DOS DIONÍSIO, S/N - ARAÇÁ PURAL
 PRINCESA ISABEL / SP CEP 13155-000 (RGS 185)



CPF/CNPJ/RAM 049 251 874-22

Grupo CONVENCIONAL BARRA TENDÃO / Subgrupo B1
 Classe RES-MTC B1 / Subclasse RES-COMERCIAL
 Ligação MONOFÁSICO
 Roberto 18 - 166 - 102 - 3000 - 1ª Medição 0000125000

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
 5/1318130-0

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO 30010191300

VALOR DA FATURA R\$ 61,46	VENCIMENTO 08/01/2021
REFERÊNCIA Dez / 2020	CONSUMO 51 kWh 1,66 kWh MÉDIA DIÁRIA LEITURA CONFIRMADA
SITUAÇÃO DE DÉBITOS	

CC	Descrição	Valor	Tributos	Valor Base Calc. (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	Outros (R\$)	Base Calc. (R\$)	ICMS (R\$)	Outros (R\$)
0001	Tributos em Geral	4,07	4,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0001	Adm. Exceção	4,07	4,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0001	LANÇAMENTOS E DEBITOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	15,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 10/2020	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 10/2020	0,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2020	0,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	61,46	44,75	11,18	34,22	0,36	1,66
Tarifa s/ Tributos	0,562110						

RESERVADO AO FISCAL 5e9f71032324347e477245c5cc766e5d

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa SP	11,62	18,90
Compra de Energia	15,31	24,91
Serviço de Transmissão	2,20	3,58
Encargos Setoriais	2,42	3,94
Impostos Diretos e Encargos	29,91	48,67
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	61,46	100,00

INDICADORES DE QUALIDADE (REFERÊNCIA 10/2020 - Consumo Princesa Isabel)					
METRA	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DETENÇÃO (%)	
Horas que o cliente ficou sem energia - CIG	12,35	0,00	24,71	49,42	NOMINAL 220
Vezes que o cliente ficou sem energia - FIC	7,82	0,00	15,64	31,28	CONTRATADA
Duração da maior interrupção de energia por período - DMR	8,79	0,00			LIMITE INFERIOR 202
Duração da interrupção individual em dias - DDI R	16,60				LIMITE SUPERIOR 231

ATENÇÃO

Para saber mais informações sobre a qualidade dos serviços prestados pelo Grupo Energisa, consulte o site www.energisa.com.br ou ligue para o Serviço ao Cliente 0800 000 0000. O Grupo Energisa também possui uma linha de atendimento para o WhatsApp (83) 98135-6640.

Exclusão do ICMS pago na base de cálculo do FISC/COFINS - conforme Solução de Consulta Interm. DCIT nº 15/2018 do Receita Federal. O percentual de redução na base de cálculo das contribuições no faturamento mensal será de (- 94,7718%).

Leitura confirmada

#ZebraZQ520 WH