

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: | 0006466 | Data de Emissão: | 16/06/2021 | Tipo: | Ordinário | Anulação Num.: |
|------------------|---|---------|---------|------------------|------------|-------|-----------|----------------|

| | |
|------------------|---------------------------------|
| Número da Ficha: | Unidade Orçamentária: |
| 705 | 0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |

| | | |
|---|-------------------|--------------|
| Classificação da Despesa: | Saldo Anterior: | 1.405.567,76 |
| 10 - SAÚDE | Suplementação: | 0,00 |
| 305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA | Anulação: | 0,00 |
| 2048 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA COVID 19 | Soma: | 1.405.567,76 |
| 2162 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19 | Este Empenho: | 3.500,00 |
| 3.3.90.39.01 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. JURÍDICA | Saldo da Dotação: | 1.402.067,76 |
| 214000000 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal | | |
| 061 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA JURÍDICA | | |

| | | |
|-----------------------|--|--------------------|
| Credor: | Tipo: | CNPJ/CPF: |
| JOAO ROBERTO DA SILVA | 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento 4-Outros | 28.007.041/0001-29 |

| | |
|-------------------|--------------|
| Endereço: | Complemento: |
| RUA PROJETADA. SN | |

| | | |
|-------------|----------------------|-----------|
| Bairro: | Cidade / UF: | CEP: |
| ZE EVARISTO | PRINCESA ISABEL - PB | 58755-000 |

Especificação da Despesa:
VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE AOS SERVIÇOS PRESTADOS NO TRANSPORTE DAS VACINAS DO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19), PARA A UBS CACHOEIRA DE MINAS, A SERVIÇO DA SECRETARIA DE SAÚDE DESTE MUNICÍPIO, DURANTE O MÊS DE MARÇO DE 2021. CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

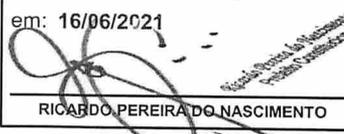
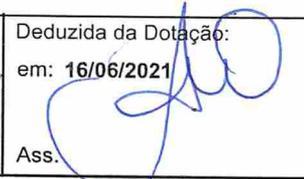
| | | |
|----------------------|-----------|-------------------|
| Tipo de Meta: | Convênio: | Valor da Despesa: |
| 9 - DESPESA COVID-19 | | 3.500,00 |

| | |
|----------------------------|-----------------|
| 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\$ 3.500,00 (Três Mil e Quinhentos Reais)

| | | | |
|---|---|-----------------|-----------------|
| Ass. Ordenador de Despesas: | Deduzida da Dotação: | Liquidação: | Pague-se |
| em: 16/06/2021 | em: 16/06/2021 | em: ___/___/___ | em: ___/___/___ |
|  RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO |  Ass. | Ass. | Ass. |



PREFEITURA DE
PRINCESA ISABEL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MEMORANDO GAB Nº 738/2021

Princesa Isabel, 30 de abril de 2021.

Ao Ilustríssimo Senhor
Fábio Braz Pereira
Secretário Municipal de Finanças, Administração e Planejamento.

Senhor Secretário,

Solicito o pagamento da nota fiscal nº 18 da empresa **JOÃO ROBERTO DA SILVA** no valor de R\$ 3.500,00 (Três mil e quinhentos reais) referente á serviços prestado no transporte das vacinas do COVID 19, para a UBS Cachoeira de Minas, junto com a Secretaria de Saúde no mês de março 2021.

Banco do Brasil

AG: 0867-2

C/P: 18153-6

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 | 18 | 01/2018 | 16/04/21 | CONTRATO | 034/2018 | 56411/20 | |

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
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO, RECEITA E PLANEJAMENTO
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NF-e

Número da Nota

18

Data e Hora de Emissão

16/04/2021 08:06

Código de Verificação

HNJL-IBLN



PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF: **28.007.041/0001-29**

Nome: **JOAO ROBERTO DA SILVA 00863672426**

Razão Social: **JOAO ROBERTO DA SILVA 00863672426**

Endereço: **RUA PROJETADA, S/Nº**

Município: **PRINCESA ISABEL**

Inscrição Municipal: **Nao Informado**

Inscrição Estadual: **Nao Informado**

PIS/PASEP: **Nao Informado**

UF: **PB**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE PRINCESA ISABEL**

CPF/CNPJ: **10.473.821/0001-07**

Endereço: **RUA PEDRO SOBREIRA**

Município: **PRINCESA ISABEL**

E-mail: **Nao Informado**

Inscrição Municipal: **NAO INFORMADO**

Inscrição Estadual: **NAO INFORMADO**

CEP: **58755-000**

UF: **PB**

DISCRIMINAÇÃO DE SERVIÇOS E DEDUÇÕES

| Código | Serviço | Alíquota (%) | Base de Cálculo (R\$) | Iss retido (R\$) | Iss (R\$) |
|---------|--|--------------|-----------------------|------------------|-----------|
| 4929901 | TRANSPORTE RODOVIÁRIO COLETIVO DE PASSAGEIROS, SOB REGIME DE FRETAMENTO, MUNICIPAL | 0,00 | 3.500,00 | 0,00 | 0,00 |

Discriminação dos Serviços

SERVIÇOS PRESTADOS NO TRANSPORTE DE MÉDICOS DA UBS CACHOEIRA DE MINAS, NO MÊS DE MARÇO DE 2021, NO VEÍCULO PLACA GZE 6470/PB.
DADOS BANCÁRIOS: AGÊNCIA: 0867-2 BANCO DO BRASIL - POUANÇA: 18.153-6 - PESSOA FÍSICA JOÃO ROBERTO DA SILVA


Charles Jefferson de Oliveira
Coordenador dos Transportes
Mat. 19499


Atesto que o serviço e/ou produto constante nesta Nota Fiscal foram executados e/ou entregues.
Charles Jefferson de Oliveira
CPF 076 042 024-82

VALOR LÍQUIDO = R\$ 3.500,00 / VALOR TOTAL = R\$ 3.500,00

| | | | | | |
|--------------------------------|------|-----------------------|----------|--------------------|------|
| Valor Total das Deduções (R\$) | 0,00 | Base de Cálculo (R\$) | 3.500,00 | Valor do ISS (R\$) | 0,00 |
|--------------------------------|------|-----------------------|----------|--------------------|------|

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Esta NF-e foi emitida com respaldo na Lei nº 1.347/2017 e no Decreto nº 003/2018

Aplicação em poupança**Debitado**

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

Creditado

| | |
|----------------|-----------------------|
| Nome | JOAO ROBERTO DA SILVA |
| Agência | 867-2 |
| Conta corrente | 510018153-9 |
| Varição | 51 |
| Valor | 3.500,00 |
| Destinação | 0 |
| Data | Nesta data |

| | | |
|--------------|------------------------------|---------------------|
| Assinada por | JD715362 FRANCISCA HENRIQUES | 21/06/2021 11:11:15 |
| | JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA | 21/06/2021 11:18:38 |

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA.