

# 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<br>2-Especial<br>3-Extraordinário<br>4-Fundo Especial | Número:        | Data de Emissão: | Tipo:     | Anulação Num.: |
| <input type="checkbox"/> |                                                                               | <b>0009569</b> | 10/08/2021       | Ordinário |                |

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

|                                                                                             |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Classificação da Despesa:                                                                   | Saldo Anterior:   |
| 10 - SAÚDE                                                                                  | 730.006,76        |
| 305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA                                                             | Suplementação:    |
| 2048 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA COVID 19                                                    | 0,00              |
| 2162 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19                                            | Anulação:         |
| 3.3.90.39.01 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. JURÍDICA                                   | 0,00              |
| 214000000 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal | Soma:             |
| 061 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA JURÍDICA                                         | 730.006,76        |
|                                                                                             | Este Empenho:     |
|                                                                                             | 1.500,00          |
|                                                                                             | Saldo da Dotação: |
|                                                                                             | 728.506,76        |

|                         |                                                                                                                                                                                         |                    |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Credor:                 | Tipo:                                                                                                                                                                                   | CNPJ/CPF:          |
| EDIVONALDO BRAZ PEREIRA | <input type="checkbox"/> 1-Pessoa Física<br><input checked="" type="checkbox"/> 2-Pessoa Jurídica<br><input type="checkbox"/> 3-Folha de Pagamento<br><input type="checkbox"/> 4-Outros | 40.496.927/0001-89 |

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Endereço:        | Complemento: |
| RUA PROJETADA 01 |              |

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

Especificação da Despesa:  
 VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE PELO SERVIÇOS PRESTADOS A SECRETARIA DE SAÚDE NO TRANSPORTE DA EQUIPE DO PROGRAMA "MELHOR EM CASA", DURANTE O MÊS DE JUNHO DE 2021. CONFORME DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO.

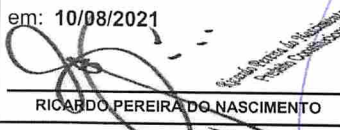
|                      |           |                   |
|----------------------|-----------|-------------------|
| Tipo de Meta:        | Convênio: | Valor da Despesa: |
| 9 - DESPESA COVID-19 |           | <b>1.500,00</b>   |

|                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| DADOS DA LICITAÇÃO: |                      |
| Licitação:          | Modalidade:          |
|                     | 6-Dispensa por Valor |

|           |           |
|-----------|-----------|
| 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\$ 1.500,00 (Um Mil e Quinhentos Reais)

|                                                                                                                     |                      |                 |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------|-----------------|
| Ass. Ordenador de Despesas:                                                                                         | Deduzida da Dotação: | Liquidação:     | Pague-se        |
| em: 10/08/2021                                                                                                      | em: 10/08/2021       | em: ___/___/___ | em: ___/___/___ |
| <br>RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO | Ass.                 | Ass.            | Ass.            |



PREFEITURA DE  
**PRINCESA ISABEL**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MEMORANDO GAB Nº 1305/2021

Princesa Isabel, 14 de julho de 2021.

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

PAGO COM COVID

Senhor Secretário,

Solicito o pagamento da nota fiscal nº 5 da empresa **EDIVONALDO BRAZ PEREIRA** no valor de R\$ 1.500,00 (Hum mil e quinhentos reais) referente á serviços prestados a Secretaria de Saúde no transporte da equipe do programa Melhor em Casa, no mês de junho de 2021.

**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             | 5      |                         | 05/07/2021 |                                           |        |          |          |

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. |
| <br>Camila Ferreira Melo de Abrantes<br>Diretora da Rede de Atenção à Saúde<br>Matrícula: 19329<br>Assinatura com carimbo e matrícula | 23/07/2021<br><br>Assinatura com carimbo e matrícula          |

Autorizo o pagamento na forma da lei  
Ridáldo Pereira do Nascimento  
Prefeito



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

NÚMERO  
5

CÓDIGO  
VERIFICAÇÃO  
IHCA-CVXA

DATA EMISSAO  
05/07/2021 10:25



#### PRESTADOR DOS SERVIÇOS

|                                     |               |                                     |                    |
|-------------------------------------|---------------|-------------------------------------|--------------------|
| NOME   NOME FANTASIA                |               | RAZÃO SOCIAL                        |                    |
| EDIVONALDO BRAZ PEREIRA 02660693471 |               | EDIVONALDO BRAZ PEREIRA 02660693471 |                    |
| CPF   CNPJ                          |               | INSCRIÇÃO MUNICIPAL                 | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| 40.496.927/0001-89                  |               | Não informado                       | Não informado      |
| LOGRADOURO                          |               | NÚMERO                              |                    |
| RUA PROJETADA 01                    |               | S/Nº                                |                    |
| COMPLEMENTO                         |               | BAIRRO                              |                    |
| Não informado                       |               | CENTRO                              |                    |
| MUNICÍPIO                           |               | UF                                  | PAÍS               |
| PRINCESA ISABEL                     |               | PB                                  | Brasil             |
| CEP                                 | TELEFONE      | E-MAIL                              |                    |
| 58755000                            | (83)9967-2935 | princesanfs@gmail.com               |                    |

#### TOMADOR DOS SERVIÇOS

|                          |               |                     |                    |
|--------------------------|---------------|---------------------|--------------------|
| NOME / NOME EMPRESARIAL  |               |                     |                    |
| FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE |               |                     |                    |
| CPF   CNPJ               |               | INSCRIÇÃO MUNICIPAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| 10.473.821/0001-07       |               | Não informado       | Não informado      |
| LOGRADOURO               |               | NÚMERO              |                    |
| RUA CONRADO ROSAS        |               | 75                  |                    |
| COMPLEMENTO              |               | BAIRRO              |                    |
| TÉRREO E 1º ANDAR        |               | CENTRO              |                    |
| MUNICÍPIO                |               | UF                  | PAÍS               |
| PRINCESA ISABEL          |               | PB                  | Brasil             |
| CEP                      | TELEFONE      | E-MAIL              |                    |
| 58755-000                | Não informado | Não informado       |                    |

#### SERVIÇOS PRESTADOS

| ITEM DA LISTA DE SERVIÇOS                                                                       | Alíquota | Base de Cálculo | Iss retido | Iss       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------|------------|-----------|
| 7719-5/99 - LOCAÇÃO DE OUTROS MEIOS DE TRANSPORTE NÃO ESPECIFICADOS ANTERIORMENTE, SEM CONDUTOR | 5%       | R\$ 1.500,00    | R\$ 0,00   | R\$ 75,00 |
| DESCRIÇÃO DETALHADA                                                                             |          |                 |            |           |
| TRANSPORTE DA EQUIPE DO PROGRAMA "MELHOR EM CASA", NO MÊS DE JUNHO DE 2021.                     |          |                 |            |           |

#### VALORES

|                                |                        |                        |           |               |
|--------------------------------|------------------------|------------------------|-----------|---------------|
| VALORES BÁSICOS                |                        | VALORES COMPLEMENTARES |           |               |
| VALOR TOTAL DA NOTA            | VALOR TOTAL DO SERVIÇO | ACRÉSCIMOS             |           |               |
| R\$ 1.500,00                   | R\$ 1.500,00           | R\$ 0,00               |           |               |
| DESCONTO INCONDICIONADO        | DESCONTO CONDICIONADO  | DEDUÇÃO LEGAL          |           |               |
|                                |                        | R\$ 0,00               |           |               |
| RETENÇÕES DE TRIBUTOS FEDERAIS |                        |                        |           |               |
| PIS                            | CONFINs                | INSS                   | IR        | CSLL          |
| R\$ 0,00                       | R\$ 0,00               | R\$ 0,00               | R\$ 0,00  | R\$ 0,00      |
| VALORES COMPLEMENTARES         |                        |                        |           |               |
| OUTRAS RETENÇÕES               | BASE DE CÁLCULO        | ALÍQUOTA               | ISS       | VALOR LÍQUIDO |
| R\$ 0,00                       | R\$ 1.500,00           | 5%                     | R\$ 75,00 | R\$ 1.500,00  |
| OBSERVAÇÕES                    |                        |                        |           |               |
| Não informado                  |                        |                        |           |               |
| OUTRAS INFORMAÇÕES             |                        |                        |           |               |

*Camila Ferreira*  
Ateste que o serviço ou produto  
constante nesta Nota Fiscal foram  
executados e/ou entregues  
Camila Ferreira Melo de Abrantes  
CPF-074 980 984-26



---

**Aplicação em poupança****Debitado**

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

**Creditado**

Nome EDIVONALDO BRAZ PEREIRA  
Agência 867-2  
Conta corrente 510015244-X  
Variação 51  
Valor 1.500,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

|              |                              |                     |
|--------------|------------------------------|---------------------|
| Assinada por | JD715362 FRANCISCA HENRIQUES | 10/08/2021 16:15:27 |
|              | JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA  | 10/08/2021 16:22:14 |

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA.