

# 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>0014464</b></p>	Data de Emissão: <p style="text-align: center;">12/11/2021</p>	Tipo: <p style="text-align: center;">Ordinário</p>	Anulação Num.:
---	--	---	---	----------------

Número da Ficha: <p style="text-align: center;"><b>705</b></p>	Unidade Orçamentária: <p style="text-align: center;">0800 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE</p>
---	---

Classificação da Despesa: 10 - SAÚDE 305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 2048 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA COVID 19 2162 - ENFRENTAMENTO EMERGENCIA SAUDE - COVID 19 3.3.90.39.01 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. JURÍDICA 214000000 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal 061 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA JURÍDICA	Saldo Anterior: 445.945,52 Suplementação: 0,00 Anulação: 0,00 Soma: 445.945,52 Este Empenho: 3.000,00 Saldo da Dotação: 442.945,52
---	---

Credor: ANA PAULA PEREIRA DO NASCIMENTO	Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> 1-Pessoa Física <input type="checkbox"/> 2-Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/> 3-Folha de Pagamento <input type="checkbox"/> 4-Outros	CNPJ/CPF: 28.054.686/0001-12
--	--	---------------------------------

Endereço: RUA SEVERINO FELICIANO DOS SANTOS. SN	Complemento:
--	--------------

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

Especificação da Despesa:  
 VALOR QUE SE EMPENHA NESTA DATA PARA ATENDER AO PAGAMENTO REFERENTE AOS SERVIÇOS PRESTADOS A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, NO TRANSPORTE DAS VACINAS DO COVID-19, DURANTE O MÊS DE SETEMBRO DE 2021. CONFORME DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO.

Tipo de Meta: 9 - DESPESA COVID-19	Convênio:	Valor da Despesa: <p style="text-align: right;"><b>3.000,00</b></p>
---------------------------------------	-----------	--

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\$ 3.000,00 (Três Mil Reais)

Ass. Ordenador de Despesas: em: 12/11/2021  RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO	Deduzida da Dotação: em: 12/11/2021 Ass.	Liquidação: em: ___/___/___ Ass.	Pague-se em: ___/___/___ Ass.
--	--	--	-------------------------------------



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

NÚMERO  
24  
CÓDIGO  
VERIFICAÇÃO  
WAYN-JMVE  
DATA EMISSAO  
15/10/2021 08:36:42



#### PRESTADOR DOS SERVIÇOS

NOME   NOME FANTASIA		RAZÃO SOCIAL	
ANA PAULA PEREIRA DO NASCIMENTO 741184		ANA PAULA PEREIRA DO NASCIMENTO 741184	
CPF   CNPJ		INSCRIÇÃO MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL
28.054.686/0001-12		Não informado	Não informado
LOGRADOURO		NÚMERO	
RUA SEVERINO FELICIANO DOS SANTOS		49	
COMPLEMENTO		BAIRRO	
CASA		BAIXA	
MUNICÍPIO		UF	PAÍS
PRINCESA ISABEL		PB	Brasil
CEP	TELEFONE	E-MAIL	
58755000	(83)9984-3283	princesanfs@gmail.com	

#### TOMADOR DOS SERVIÇOS

NOME / NOME EMPRESARIAL		
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICIPIO DE PRINCESA ISABEL		
CPF   CNPJ	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL
10.473.821/0001-07	Não informado	Não informado
LOGRADOURO		NÚMERO
RUA CONRADO ROSAS		75
COMPLEMENTO	BAIRRO	
TERREO 1 ANDAR	CENTRO	
MUNICÍPIO	UF	PAÍS
PRINCESA ISABEL	BP	Brasil
CEP	TELEFONE	E-MAIL
58755-000	Não informado	pm.pisabel@hotmail.com

#### SERVIÇOS PRESTADOS

ITEM DA LISTA DE SERVIÇOS	Aliquota	Base de Calculo	Iss retido	Iss
Serviço				
1195- / - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	0%	R\$ 3.000,00	R\$ 0,00	R\$ 0,
DESCRIÇÃO DETALHADA				

SERVIÇO PRESTADO JUNTO A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, DURANTE O MÊS DE SETEMBRO DE 2021

#### VALORES

VALORES BÁSICOS					
VALOR TOTAL DA NOTA	VALOR TOTAL DO SERVIÇO	ACRÉSCIMOS			
R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 0,			
DESCONTO INCONDICIONADO	DESCONTO CONDICIONADO	DEDUÇÃO LEGAL			
		R\$ 0,			
RETENÇÕES DE TRIBUTOS FEDERAIS					
PIS	CONFINS	INSS	IR	CSLL	
R\$ 0,00		R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,	
VALORES COMPLEMENTARES					
TOTAL DEDUÇÕES	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	ISS Retido	ISS	VALOR LÍQUIDO
R\$ 0,00	R\$ 3.000,00	0%	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 3.000,

OBSERVAÇÕES

Não informado

OUTRAS INFORMAÇÕES

---

**Transferência entre contas diversas****Debitado**

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

**Creditado**

Nome ANA P P DO NASCIMENTO  
Agência [REDACTED]  
Conta corrente [REDACTED]  
Valor 3.000,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por	JB501284 FABIO BRAZ PEREIRA	12/11/2021 16:11:57
	JD715362 FRANCISCA HENRIQUES	12/11/2021 16:39:53

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JD715362 FRANCISCA HENRIQUES.