

Número: 6001187

Data do Empenho: 01/12/2016

Valor R\$:

2.080,00

Credor do Empenho

A Favor de: MARILENE FARIAS DE ALBUQUERQUE MENDES ME
 Endereço: RUA SALOMAO VELOSO
 Bairro: CENTRO Cidade: CAAPORA
 C N P J: 04 949 824/0001-63
 Inscrição Estadual: Inscrição Municipal

Ficha Orçamentária - Órgão: 02111 FUNDO MUIC DE TRABALHO E AÇAO SOCIAL-FMTAS

Funcional Programática: 02111 08 244 2012
 Projeto ou Atividade: 2013 MANUTENCAO DAS ATIV DA SEC DE TRAB E AÇAO SOCIAL
 Natureza da Despesa: 3.3.90.32.00.00 MATERIAL DE DISTRIBUICAO GRATUITA
 Sub Elemento: 99 SEM SUBELEMENTO
 Fonte: 000 Recursos Ordinários
 Licitação: Modalidade 09 - Sem Licitação
 Nº Obra: Nº Bens
 Tipo de Serviço: OUTRAS DESPESAS
 Saldo Ant. Ficha - R\$ 4.250,00 Valor do Empenho R\$ 2.080,00 Saldo Atual da Ficha - R\$ 2.170,00

Histórico do Empenho

VALOR QUE ORA SE EMPENHA P/ ATENDER DESPESA COM AQUISIÇÃO DE ATAÚDE DE VERIÍZ COM VISOR ADULTO, VEÍCULO PARA CORTEJO E FLORES E PARAMENTOS RELIGIOSOS, DOAÇÕES DESTINADOS AO SEPULTAMENTO DE PESSOA CARENTE DESTE MUNICIPIO, CONFORME DOCUMENTO EM ANEXO

Requisições

Funcionário Emitente:

Liquidação

Atesto a liquidação do serviço e/ou material, que foi conferido conforme este empenho.

Autorização

Page-se

Recursos:

Pagamento

Em: / /

Banco e Conta: -

Nº Cheque/Ordem Pagamento:

FTE Pagamento:

Em: 01/12/2016

Em: / /

Em: / /

FELIPE

3- Necessidade de Atendimento inicial

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Orientações | <input type="checkbox"/> Regularização do PBF | <input type="checkbox"/> Violação de direitos |
| <input type="checkbox"/> Encaminhamento | <input type="checkbox"/> Condicionalidades PBF | <input type="checkbox"/> Defesa da mulher |
| <input type="checkbox"/> Contra Referência | <input checked="" type="checkbox"/> Benefício Eventual | <input type="checkbox"/> Defesa de criança e adolescente |
| <input type="checkbox"/> Atendimento Psicossocial | <input type="checkbox"/> Solicitação de Carteira de Idoso | <input type="checkbox"/> Situação de Vulnerabilidade |
| <input type="checkbox"/> Inclusão em PBF | <input type="checkbox"/> Defesa e proteção ao idoso | <input type="checkbox"/> Oficinas |
| <input type="checkbox"/> Inclusão BPC | | |

Encaminhamentos

- SCFV
crianças com idade entre () 6 – 9 Anos () 9 -13 Anos () 13 – 17 Anos
grupo de mulheres ()
- CREAS
 CAPS
 PSF
 Outros

4- Estudo Social ou Parecer

Após verificarmos a situação de vulnerabilidade social provisória da família, consideramos favorável a concessão do benefício eventual para Auxílio Funeral Conforme solicitação, este benefício esta autorizado mediante a lei Municipal nº 547 de 20 de março de 2009, que autoriza o Poder Executivo do município a conceder subvenção social e ajudas a pessoas carentes e da outras providências

Auxílio Funeral para seu genitor
Fromeuses José da Silva

Data 14/09/2016.

Samarra Katiany Silva
ASSISTENTE SOCIAL
CREAS LULA

Técnico Responsável Samarra Katiany Silva

Entrevistado Anna Amélia da Silva

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

S. 4711 - CAAPORA P.06

IDENTIFICADORA DE IDENTIDADE

ANNA MARIA DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DATA DE NASCIMENTO: 11.12.1968

Nome: ANA MARIA DA SILVA

Pai: Francisco João da Silva

Mãe: Maria da Conceição Gonçalves da Silva

Nazaré da Mata-PE

Cert. Nasc. Nº 28.281.Fls.216. Liv. A-35.

SIGNATURA DO DIRETORANTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

898 0004 1878 7125

Nome: ANA MARIA DA SILVA
 Data de Nascimento: 11/02/1968
 Sexo: F Data de emissão: 18/01/10 12:44
 Município de residência: CAAPORA UF: PB



CadSUS

DATASUS

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO

Cemitério de Cupissura, Caaporã-PB

DECLARANTE

Josimar Francisco da Silva, RG Nº RG 2.048.068-SSP/PB, profissão
motorista, estado civil solteiro, residente no Assentamento Dona
Antonia, município do Conde-PB

NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MEDICO(S) QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO

Ana Melânia de Medeiros Escorel, CRM 3350-PB

Conta Referência

Capital de Trabalho

Set / 2016

Taxa Social de Energia Elétrica - TSEE - ANEXO 1 da Resolução nº 10.420, de 21 de abril de 2015

Apresentação

12/09/2016

Data prevista da próxima leitura

10/10/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

4705826477

Ins. Ec.

Faturas em atraso

17/09/2016 127,11

Histórico de Consumo (kWh)

Ago/16	60
Jul/16	61
Jun/16	70
Mai/16	115
Abr/16	109
Mar/16	129
Fev/16	108
Jan/16	101
Dez/15	68
Nov/15	94
Out/15	84
Sep/15	89

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
10/09/16	30500	12/09/16	30510	

Demonstrativo			
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30/09/2016	30	0,14750	4,42
Consumo - 31 a 12/09/16	30	0,25290	14,88
Subsidio			16,68
ICMS			13,24
PIS			0,55
COFINS			1,62
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
JUROS DE MOISA 07/2016			0,53
MULTA 07/2016			0,85
DOAÇÃO - HOSPITAL NANCY FÁO LAUREANO DE 2016			1,50
COMPENSAÇÃO POR MONIAUX DE 07/2016			-0,55
ATUALIZAÇÃO MONETARIA 07/2016			0,07
Devolução Subsidio			-18,63

	BASE DE CALCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	52,95	25,00	13,24
PIS	52,95	0,6555	0,55
COFINS	52,95	3,0751	1,62

IDENTIFICAÇÃO SÓCIA ECONÔMICA DO BENEFICIÁRIO

1 - BENEFICIÁRIO TITULAR DA FAMÍLIA

Nome: Ana Maria da Silva
 Apelido: Mama Data de Nascimento: 14/05/1968
 RG: 9.876.529 Orgão Emissor: SSPIP B CPF: 047.658.254-77
 Sexo: Feminino NIS: _____
 Filiação: Mãe: Maria da Conceição Gonçalves da Silva
 Pai: Francisco José da Silva
 Endereço: Rua de Rio Bairro: Eupatória Caaporã
 Ponto de Referência _____
 Estado Civil: Casado () Solteiro (x) União Estável () Divorciado () Separado () Viúvo ()
 Grau de Escolaridade: Alfabetizado () Analfabeto () Ensino Fundamental (x) Ensino Médio ()
 Ocupação: Do Lar (x) Desempregado () Autônomo () Diarista () Funcionário Público ()
 Outra Ocupação () Qual? _____ Carteira Assinada: Sim () Não ()

2 - DADOS DO CONJUGUE

Nome: Josias Carneiro de Amorim
 Apelido: - Data de Nascimento: 1/1
 RG: _____ Orgão Emissor: _____ CPF: _____
 Sexo: Masculino Escolaridade: Fundamental Ocupação: Peritura
Auxiliar

3 - INFORMAÇÕES GERAIS

Família beneficiada com programa (s): (x) Bolsa Família () Programa de Aquisição de Alimentos - PAA
 Família beneficiada com BPC: () Sim (x) Não Qual? () Idoso () Pessoa com deficiência
 Que tipo de deficiência? _____
 Renda Mensal: R\$ _____ Renda Total da Família: R\$ 1 Salário Mínimo
 Faz uso de alguma medicação? () Sim (x) Não Qual? _____
 Nome do Agente Comunitário de Saúde - ACS: Enestiane
 Condições de Moradia: () Própria (x) Alugada () Cedida () Compartilhada
 Tipo de construção: (x) Alvenaria () Taipa () Outros. Qual? _____
 Em caso de compartilhada número de famílias conviventes? _____
 Valor do aluguel: R\$ 200,00
 Abastecimento de água: (x) rede pública () poço () Chafariz
 Saneamento básico: (x) Rede pública (x) Fossa () à céu aberto
 Instalações Sanitárias: () Sem banheiro (x) Banheiro interno () Banheiro externo
 Número de cômodos: 07 cômodos
 Quantidade de Pessoas que Residem na Unidade Habitacional: _____

4 - COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nome	Sexo	Idade	Ocupação	Renda	Parentesco