

Secretaria de Saúde

RUA GERMANA DE SOUSA Nº 137

02.676.035/0001-70

Exercício: 2025

ORDEM DE PAGAMENTO

Página 31

ORDEN DE PAGAMENTO 05191

DATA: 13/08/2025

VENCTO:04/08/2025

PAGTO: 13/08/2025

Credor...: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE ASSIST CNPJ: 06.618.011/0001-16 Cod: 2029

Endereço: R PETRONILA CAVALCANTI

Cidade...: PAULISTANA

CEP: 64750-000

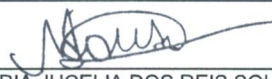
Discriminação...:VALOR QUE SE EMPENHA PARA PAGAMENTO DE EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM E T
RATAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR.Valor **3.712,07**(três mil, setecentos e doze reais e sete centavos) * * * * *
* * * * *
* * * * *Despesa Bruta: **RR\$ 3.712,07**

EMP/SUB	N.	LOCAL	FUNCIONAL	NATUREZA	VALOR	ANULAÇÃO	DESCONTO	LÍQUIDO
73100	/ 1	OR 021501	10.301.1002.2201.0000	3.3.90.39.00	RR\$ 3.712,07	RR\$ 0,00	RR\$ 0,00	RR\$ 3.712,07
TOTAL					RR\$ 3.712,07	RR\$ 0,00	RR\$ 0,00	RR\$ 3.712,07

Despesa Líquida: **RR\$ 3.712,07**

ORDEN DE PAGAMENTO

PAGUE-SE _/ _/ _


MARIA JUCELIA DOS REIS SOUSA
SECRETARIA

Pagamento efetuado com o(s) seguinte(s) Recurso(s):

Banco	Conta	Cheque	Valor R\$
001	9508		RR\$ 3.712,07
TOTAL. . .			RR\$ 3.712,07

13/08/2025 Com os recursos acima discriminados

Despesa paga em


FABIANO GOMES DE SOUSA
TESOUREIRO

RECIBO: Recebi(emos) o valor constante deste(s) Empenho(s)

//_

Ass: _____

Nome: _____

CGC/CPF: _____

Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome SM SAUDE Q NOVA PPI
Agência 1110-X
Conta corrente 9508-7

Creditado

Nome HOSPITAL E MATERNIDAD
Agência 1110-X
Conta corrente 10101-X
Valor 3.712,07
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JF697443 MARIA JUCELIA DOS REIS SOUSA	13/08/2025 11:10:04
	JI604498 FABIANO GOMES DE SOUSA	13/08/2025 11:11:22

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JI604498 FABIANO GOMES DE SOUSA.

Secretaria de Saúde

02.676.035/0001-70

RUA GERMANA DE SOUSA Nº 137

NOTA DE LIQUIDAÇÃO		Numero	731004 / 1	Processo:	
Ficha	36	Data	04/08/2025	Requi	Venci 04/08/2025
Licitação	DISPENSA		Nº	Doc	
Fornecedor	ASSOCIACAO BENEFICENTE DE ASSISTENCIA MEDICO-HOSP		09.08.011/0001-16	Cod	2029
Endereço	R PETRONILA CAVALCANTI		423 PAULISTANA	64750-000	

Recurso/Aplicação

00 Recursos Ordinarios

500 Recursos não Vinculados de Impostos

1 Recursos do Exercício Corrente ou Recursos de Exercícios Anteriores Comprometidos

300 Saúde - Despesas com ASPS

000 Saúde - Despesas com ASPS

Material/Serviço

VALOR QUE SE EMPENHA PARA PAGAMENTO DE EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM E TRATAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR.

OR

02 15 01

Poder Executivo Municipal

Bruto 3712,07

02

Fundo Municipal de Saúde

Desc 0

3.3.90.39.50

SERVICO MEDICO-HOSPITALAR, ODONTOLOGICO E LABORATORIAIS

Liqui 3712,07

10.301.1002.2201.0000

Manutenção das Atividades do Fundo Municipal de Saúde

Valor do Empenho

Liquidado até Data

Valor Liquidado

Saldo

3.712,07

3.712,07

3.712,07

0,00

3.712,07 três mil, setecentos e doze reais e sete centavos *****

Autorizado

04/08/2025

MARIA JUCELIA DOS REIS SOUSA

Contabilizado

04/08/2025

ANTENOR CAVALCANTI DE SOUSA

Secretaria de Saúde

02.676.035/0001-70

RUA GERMANA DE SOUSA Nº 137

NOTA EMPENHO		Numero	731004		Processo:	
Ficha	36	Data	31/07/2025	Requi	Fonte: 00	
Licitação	DISPENSA			Nº	Doc	
Fornecedor	ASSOCIACAO BENEFICENTE DE ASSISTENCIA MEDICO-HOSPI			C.N.P.J.:06.618.011/0001-16	Cod	2029
Endereço	R PETRONILA CAVALCANTI			423 PAULISTANA	64750-000	

Material/Serviço

VALOR QUE SE EMPENHA PARA PAGAMENTO DE EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM E TRATAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR.

Fonde de Recurso STN:

- 1.500 Recursos não Vinculados de Impostos (Exerc.Corrente)
- 1002 Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde

Código de Aplicação:

- 300 Saúde - Despesas com ASPS
- 000 Saúde - Despesas com ASPS

Fonde de Recurso TCE/PI:

- 1 Recursos do Exercício Corrente ou Recursos de Exercícios Anteriores Comprometidos
- 500 Recursos não Vinculados de Impostos
- 00 Recursos Ordinarios
- 9999 Não se Aplica

OR - Ordinario	Poder Executivo Municipal		
02 15 01	Fundo Municipal de Saúde	Bruto	3712,07
02	SERVICO MEDICO-HOSPITALAR, ODONTOLOGICO E LABORATORIAIS	Desc	0
3.3.90.39.50	Manutenção das Atividades do Fundo Municipal de Saúde	Liqui	3712,07
10.301.1002.2201.0000			

Dotação Inicial	Empenhado até Data	Valor Empenhado	Saldo Atual
1.619.250,00	1.173.620,77	3.712,07	441.917,16
3.712,07 três mil, setecentos e doze reais e sete centavos *****			

Autorizado

31/07/2025


MARIA JÚCELIA DOS REIS SOUSA
SECRETARIA

Contabilizado

31/07/2025


ANTENOR CAVALCANTI DE SOUSA
CONTADOR - CRC: 021438/0-1/PE



C.I 188 B/2025-SMS

Queimada Nova, 31 de julho de 2025.

Ao setor de finanças,

Assunto: Solicitação de Empenho

Venho através deste, solicitar a V.S.^a o empenho no valor de R\$3.712,07 (três mil, setecentos e doze reais e sete centavos) a ser pago a **ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA MEDICO-HOSPITALAR E AMPARO SOCIAL DE PAULISTANA-PI**, referente a exames de diagnóstico por imagem e tratamento médico-hospitalar.

Ficha 36/300.000 – Saúde – Despesas com ASPS.

Fundo Municipal de Saúde. CNPJ: 13.791.643/0001-42 Rua João da Cruz, s/nº – Queimada Nova – PI.

Valor a ser depositado em:
Banco do Brasil
Ag:1110-X
C/c: 10.101-X

Atenciosamente,

Maria Jucélia dos Reis Sousa
Maria Jucélia dos Reis Sousa
Secretária Municipal de Saúde

Maria Jucélia dos Reis Sousa
027.151.013-10
Secretaria Municipal de Saúde
Queimada Nova-PI





PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTANA-PI
SEC. MUNICIPAL DE GOVERNO, PLANEJAMENTO E FINANÇAS
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS AVULSA ELETRÔNICA - NFSaE

Número da Nota

000001172

Data e Hora de Emissão

01/08/2025 15:51

Código de Verificação

PRESTADOR DE SERVIÇOSNome/Razão Social: **ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E AMPARO SOCIAL DE PAULISTANA-PI**CPF/CNPJ: **06.618.011/0001-16**Inscrição Municipal: **20140**Endereço: **RUA PETRONILA CAVALCANTI, 423 - CENTRO - CEP: 64750-000**UF: **PI**Município: **Paulistana****TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE QUEIMADA NOVA**CPF/CNPJ: **13.791.643/0001-42**Endereço: **RUA FELIPE RODRIGUES COELHO, 483 - CENTRO - CEP: 64758-000**UF: **PI**Município: **Queimada Nova**Email: **financeiroqn@hotmail.com****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Descrição: Referente a exames de diagnóstico por imagem e tratamento médico-hospitalar. Valor a ser creditado na agência: 1110-X, conta corrente: 10.101-X, em nome do Hospital e Maternidade.

Tributável	Item	Qtde	Unitário R\$	Total R\$
SIM	ULTRASSOM EM GERAL	2	186,6700	373,34
SIM	TESTE H. PILORY	8	54,0000	432,00
SIM	ENDOSCOPIA	9	276,6700	2.490,03
SIM	EXAMES LABORATORIAIS	10	41,6700	416,70

PIS (0,00%):
R\$ 0,00INSS (0,00%):
R\$ 0,00CSLL (0,00%):
R\$ 0,00COFINS (0,00%):
R\$ 0,00IR (0,00%):
R\$ 0,00**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 3.712,07 | VALOR LÍQUIDO: R\$ 3.712,07**

Valor Total das Deduções:

R\$ 0,00

Base de Cálculo:

R\$ 3.712,07

Alíquota:

Valor do ISS:

R\$ 0,00**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Mês de Competência da Nota Fiscal: 08/2025

Recolhimento: ISS a Recolher Pelo Prestador

CNAE: 8630-5/99-00

Local da Prestação do Serviço: Paulistana/PI

Tributação: Imune

Descrição da Atividade: Atividades de atencao ambulatorial nao especificad

RUA PETRONILA CAVALCANIL, 423 - FAULSTADIA, 16010-000 - SÃO PAULO - SP

PAULISTANA - IMAO CANTO
ESTUDOS DO MUNICÍPIO DE OITOMEADA NOVA), MÊS julho 2025

[illegible]

Paulistana, 31/07/2025