

ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Endereço:
Cidade: SÃO JOÃO DO ARRAIAL
CNPJ Nº: 11.504.416/0001-63

2024

NOTA DE EMPENHO Nº 1011006

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA	SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTES EMPENHO	SALDO ATUAL
02	PODER EXECUTIVO				
03	SECRETARIA DE SAÚDE				
03.01	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS				
10.301.0020.2160.0000	Manutenção dos serviços municipais de saúde				
3 3 90 36	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA				
3.3.90.36.06	SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS				
		83.295,60	916.704,40	600,00	82.695,60

FICHA: 196 DATA: 11/10/2024 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 300 000 Saúde - Despesas com FONTE DE RECURSO: 500 Recursos não Vinculados de Impostos

CREDOR...: MARIA DO CARMO DA SILVA SOUSA

CNPJ/CPF: 954.184.743-91 CÓDIGO: 15639 CIDADE: SAO JOAO DO ARRRAIALPI
ENDEREÇO: RUA PROJETADA II Nº BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

VALOR EMPENHADO PARA O PAGAMENTO DE DIAS TRABALHADOS EM SEVIÇOS GERAIS PRESTADOS PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

Fonte de Recursos: Saúde - Despesas com ASPS Aplicação: Saúde - Despesas com ASPS

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinario

VALOR TOTAL...:

600,00

Valor por Extenso:

seiscentos reais *****

Autorizo o fornecimento dos materiais e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

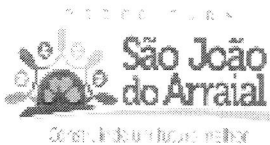
EMPENHO AUTORIZADO EM: 11/10/2024


JOAO ZILTON DE MELO LIMA
SECRETÁRIO DE SAÚDE

O VALOR REFERENTE A ESTE EMPENHO, FOI DEVIDAMENTE DEDUZIDO DO CRÉDITO ORÇAMENTÁRIO.

EMPENHADO EM: 11/10/2024


Carlos Roberto dos Santos Nascimento
Secretário de Administração e Finanças



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

11.504.416/0001-63

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 1011006 SUBEMPENHO N° 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1 FICHA: 196 DATA: 11/10/2024 REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 11/10/2024

Fornecedor: 15639 MARIA DO CARMO DA SILVA SOUSA CPF/CNPJ :954.184.743-91
ENDEREÇO: RUA PROJETADA II SAO JOAO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR BRUTO
VALOR EMPENHADO PARA O PAGAMENTO DE DIAS TRABALHADOS EM SEVIÇOS GERAIS PRESTADOS PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. 600,00
DESCONTOS
18,00

OR - Ordinario VALOR A PAGAR 582,00

CÓDIGO CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 PODER EXECUTIVO
02 03 18 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS
10.301.0020.2160.0000 Manutenção dos serviços municipais de saúde
3.3.90.36.06 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA
Desdobro 06 SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS

VALOR DO EMPENHO LIQUIDADADO ATÉ A DATA VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO SALDO A LIQUIDAR
600,00 600,00 600,00 0,00

VALOR A SER PAGO R\$ 582,00
quinhentos e oitenta e dois reais * * * * *

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:
 Os Serviços Foram Prestados.
 Os Materiais Foram Entregues.
 A Obra Foi Realizada
DESPESA LIQUIDADADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64
SÃO JOÃO DO ARRAIAL 11/10/2024
Reginalda de Sousa Silva
Servidora

A DESPESA REFERENTE A ESTE EMPENHO OU SUBEMPENHO, FOI DEVIDAMENTE PROCESSADA, ENCONTRANDO-SE EM ORDEM PARA PAGAMENTO.
JOAO ZILTON DE MELO LIMA
SECRETÁRIO DE SAÚDE



ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
CNPJ: 01612609000184

1011006

DEVE A **MARIA DO CARMO DA SILVA SOUSA**
Endereço RUA PROJETADA II

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Dias trabalhados em serviços gerais prestado para a Secretaria Municipal de Saúde	600,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 600,00 (Seiscentos Reais)

SÃO JOÃO DO ARRAIAL, ____ de ____ de ____.

CREDOR

ORDEM DE PAGAMENTO

Declaro para os devidos fins que:

- os materiais foram recebidos.
 os serviços foram prestados.
 as despesas foram realizadas.
 as obras foram executadas.

Em ____ / ____ / ____

SERVIDOR

Autorizo o pagamento,
atendidas as formalidades legais.

Em ____ / ____ / ____

ORDENADOR DA DESPESA

RECIBO

Valor Bruto	ISS	INSS	IRRF	Outros	Valor Líquido
600,00	18,00	0,00	0,00	0,00	582,00

Recebi da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PI, a quantia líquida de R\$ 582,00 (Quinhentos e Oitenta e Dois Reais), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____ / ____ / ____

Banco _____

Conta N° _____

Cheque _____

TESOUREIRO

Em ____ / ____ / ____

CREDOR

CPF: 954.184.743-91

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Gerenciador Financeiro CAIXA

Emitente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO
Conta origem:	3834 006 00624010-2
Conta destino:	3834 1288 000777229303-9

Nome destinatário:	MARIA DO CARMO DA SILVA SOUSA
Valor:	R\$ 582,00
Identificação da operação:	MARIA DO CARMO DA SILVAAA

Data de débito:	11/10/2024
Data/hora da operação:	11/10/2024 16:00:05

Código da operação:	80867812
Chave de segurança:	ZUMHRXMATJM8KCSR

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS
SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 0104