

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 1011008

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA		
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		
SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTES EMPENHO	SALDO ATUAL
82.385,60	917.614,40	118,00	82.267,60

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

CREDOR.: ALICE ROCHA OLIVEIRA

CNPJ/CPF: 090.653.513-10

CÓDIGO: 16309 CIDADE: SAO JOAO DO ARRRAIAL PI

ENDEREÇO: RUA ASSEMBLEIA DE DEUS

Nº BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

VALOR EMPENHADO PARA O PAGAMENTO DE PREPARAÇÃO DE LANCHES PARA TÉCNICOS A SERVIÇOS EM CAMPANHA DE VACINAÇÃO.

Fonte de Recursos: Saúde - Despesas com ASPS

Aplicação: Saúde - Despesas com ASPS

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

118,00

Valor por Extenso:

cento e dezoito reais *****

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

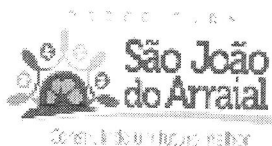
EMPENHO AUTORIZADO EM: 11/10/2024


JOÃO 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° 1011008 SUBEMPENHO N° 1

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

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 11/10/2024

Fornecedor: 16309 ALICE ROCHA OLIVEIRA CPF/CNPJ :090.653.513-10
ENDEREÇO: RUA ASSEMBLEIA DE DEUS SAO JOAO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR BRUTO
VALOR EMPENHADO PARA O PAGAMENTO DE PREPARAÇÃO DE LANCHES PARA TÉCNICOS A SERVIÇOS EM C 118,00
AMPANHA DE VACINAÇÃO. DESCONTOS 3,54

OR - Ordinario VALOR A PAGAR 114,46

CÓDIGO CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 PODER EXECUTIVO
02 03 3,54 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
118,00 118,00 118,00 0,00

VALOR A SER PAGO R\$ 114,46
cento e quatorze reais e quarenta e seis centavos * * * * *

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

1011008

DEVE A ALICE ROCHA OLIVEIRA
Endereço RUA ASSEMBLÉIA DE DEUS, S/N

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Preparação de lanches para técnicos a serviços em campanha de vacinação	118,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 118,00 (Cento e Dezoito Reais)

SÃO JOÃO DO ARRAIAL, ____ de ____ de ____.

CREDOR

ORDEN 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
118,00	3,54	0,00	0,00	0,00	114,46

Recebi da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PI, a quantia líquida de R\$ 114,46 (Cento e Quatorze Reais E Quarenta e Seis Centavos), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____ / ____ / ____

Banco _____

Conta N° _____

Cheque _____

TESOUREIRO

Em ____ / ____ / ____

CREDOR

CPF: 090.653.513-10

**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 023 00001577-8
Nome destinatário:	ALICE ROCHA OLIVEIRA
Valor:	R\$ 114,46
Identificação da operação:	ALICE ROCHA OLIVEIRAAAAA
Data de débito:	11/10/2024
Data/hora da operação:	11/10/2024 15:58:33
Código da operação:	80675212
Chave de segurança:	ZP4GQ7U02KEUQY9F

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