

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 109003

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		
3.3.90.36.19	MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS IMÓVEIS		
SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTES EMPENHO	SALDO ATUAL
894.210,00	75.790,00	520,00	893.690,00

FICHA: 197 DATA: 09/01/2024 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 999 000 Não se aplica
FONTE DE RECURSO: 600 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal

CREDOR.: **RAISSA BARBOSA SOUSA**

CNPJ/CPF: 100.586.743-73 CÓDIGO: 16785 CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL
ENDEREÇO: RUA ALFREDO TELES Nº BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

VALOR EMPENHADO PARA O PAGAMENTO REFERENTE A SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: **OR - Ordinário**

VALOR TOTAL...:

520,00

Valor por Extenso:

quinhentos e vinte reais * * * * *

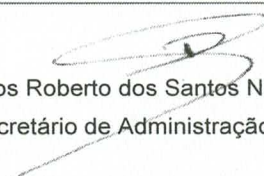
Autorizo o fornecimento dos materiais e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

EMPENHO AUTORIZADO EM: 09/01/2024


ALCIONEIDE GOMES LOPES
SECRETÁRIA DE SAÚDE

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

EMPENHADO EM: 09/01/2024


Carlos Roberto dos Santos Nascimento
Secretário de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 109003 SUBEMPENHO N° 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1	FICHA: 197	DATA: 09/01/2024	REQUISIÇÃO:
-----------------------	------------	------------------	-------------

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 09/01/2024

Fornecedor: 16785 RAISSA BARBOSA SOUSA CPF/CNPJ :100.586.743-73
 ENDEREÇO: RUA ALFREDO TELES SAO JOAO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO

VALOR EMPENHADO PARA O PAGAMENTO REFERENTE A SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO DA UNIDADE BASICA D E SAÚDE.

VALOR BRUTO

520,00

DESCONTOS

15,60

OR - Ordinario

VALOR A PAGAR

504,40

CÓDIGO

CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA

02
 02 03 15,6
 10.301.0020.2160.0000
 3.3.90.36.19
 Desdobro 19

PODER EXECUTIVO
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS
 Manutenção dos serviços municipais de saúde
 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA
 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS IMÓVEIS

VALOR DO EMPENHO

LIQUIDADO ATÉ A DATA

VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO

SALDO A LIQUIDAR

520,00

520,00

520,00

0,00

VALOR A SER PAGO R\$

504,40

quinhetos e quatro reais e quarenta centavos * * * * *

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:


- Os Serviços Foram Prestados.
 Os Materiais Foram Entregues.
 A Obra Foi Realizada

DESPESA LIQUIDADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64

SÃO JOÃO DO ARRAIAL 09/01/2024


 Reginalda de Sousa Silva
 Servidora

A DESPESA REFERENTE A ESTE EMPENHO OU SUBEMPENHO, FOI DEVIDAMENTE PROCESSADA, ENCONTRANDO-SE EM ORDEM PARA PAGAMENTO.


 ALCIONEIDE GOMES LOPES
 SECRETÁRIA DE SAÚDE



ESTADO DO PIAUÍ
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL
 AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
 CNPJ: 11504416000163

109003

DEVE A **RAISSA BARBOSA SOUSAS**
Endereço RUA ALFREDO TELES, S/N

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Serviços de manutenção da Unidade Basica de Saúde	520,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 520,00 (Quinhentos e Vinte 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
520,00	15,60	0,00	0,00	0,00	504,40

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 504,40 (Quinhentos e Quatro Reais E Quarenta Centavos), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____ / ____ / ____
 Banco _____
 Conta N° _____
 Cheque _____

Em ____ / ____ / ____

 TESOUREIRO

 CREDOR
 CPF: 100.586.743-73



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: 3880 | 1288 | 000735952236-7

Nome destinatário: RAISSA BARBOSA SOUSA

Valor: R\$ 504,40

Identificação da operação: PAGAMENTO DOS SERVICOS

Data de débito: 09/01/2024

Data/hora da operação: 09/01/2024 12:54:50

Código da operação: 62759194

Chave de segurança: T88QG20HY9YF9YPC

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