

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 115003

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
893.140,00		76.860,00	525,00	892.615,00

FICHA: 197 DATA: 15/01/2024

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.: MARIA ONEIDE FERREIRA DA SILVA

CNPJ/CPF: 666.110.673-53

CÓDIGO: 16204 CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL

ENDEREÇO: LOCALIDADE BARRICAS

Nº BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

VALOR EMPENHADO PARA O PAGAMENTO REFERENTE A SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO DE POSTOS DE SAÚDE.

Fonte de Recursos: Não se aplica.

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

525,00

Valor por Extensão:

quinhentos e vinte e cinco reais *****

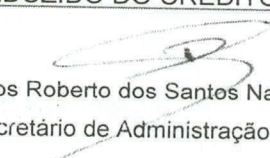
Autorizo o fornecimento dos materiais e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

EMPENHO AUTORIZADO EM: 15/01/2024


ALCIONEIDE GOMES LOPES
SECRETÁRIA DE SAÚDE

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

EMPENHADO EM: 15/01/2024


Carlos Roberto dos Santos Nascimento
Secretário de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° **115003** SUBEMPENHO N° **1**

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: **1** FICHA: 197 DATA: 15/01/2024 REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 15/01/2024

Fornecedor: **16204 MARIA ONEIDE FERREIRA DA SILVA** CPF/CNPJ :666.110.673-53
ENDEREÇO: LOCALIDADE BARRICAS SAO JOAO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO

VALOR EMPENHADO PARA O PAGAMENTO REFERENTE A SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO DE POSTOS DE SAÚDE.

VALOR BRUTO
525,00
DESCONTOS
15,75

OR - Ordinário

VALOR A PAGAR 509,25

CÓDIGO

CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA

02
02 03 15,75
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

525,00

525,00

525,00

0,00

VALOR A SER PAGO R\$

509,25

quinhentos e nove reais e vinte e cinco 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 15/01/2024

Reginalda de Sousa Silva
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
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

115003

DEVE A MARIA ONEIDE FERREIRA DA SILVA
Endereço RUA DA LIBERDADE, S/N

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Serviços de manutenção de Postos de Saúde	525,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 525,00 (Quinhentos e Vinte e Cinco 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
525,00	15,75	0,00	0,00	0,00	509,25

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 509,25 (Quinhentos e Nove Reais E Vinte e Cinco Centavos), correspondente à conta acima especificada.

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

Em ____/____/____

TESOUREIRO

CREDOR
CPF: 666.110.673-53



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:	2004 023 00018771-9

Nome destinatário:	MARIA ONEIDE FERREIRA DA SILVA
Valor:	R\$ 509,25
Identificação da operação:	PAGAMENTO DOS SERVICOS

Data de débito:	15/01/2024
Data/hora da operação:	15/01/2024 15:39:53

Código da operação:	28218759
Chave de segurança:	GAKP33YLKXYL9XZV

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