

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 1211005

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 DESTA EMPENHO	SALDO ATUAL
5.815,19	1.037.184,81	750,00	5.065,19

FICHA: 196 DATA: 11/12/2024

CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 300 000 Saúde - Despesas com

FONTE DE RECURSO: 500 Recursos não Vinculados de Impostos

CREDOR...: **GEY MISSANDRA S AGUIAR**

CNPJ/CPF: 017.341.673-00

CÓDIGO: 14997 CIDADE: SAO JOAO DO ARRAIAL PI

ENDEREÇO: LOCALIDADE CENTRO

Nº BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço...:

VALOR EMPENHADO REFERENTE A PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE RECEPÇÃO PRESTADO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA LOCALIDADE CENTRO.

Fonte de Recursos: Saúde - Despesas com ASPS

Aplicação: Saúde - Despesas com ASPS

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

750,00

Valor por Extensão:

setecentos e cinquenta reais *****

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

EMPENHO AUTORIZADO EM: 11/12/2024

JOAO ZILTON DE MELO LIMA
SECRETÁRIO DE SAÚDE

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

EMPENHADO EM: 11/12/2024

Carlos Roberto dos Santos Nascimento
Secretário de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO Nº **1211005** SUBEMPENHO Nº **1**

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: **1** FICHA: 196 DATA: 11/12/2024 REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 11/12/2024

Fornecedor: **14997 GEY MISSANDRA S AGUIAR** CPF/CNPJ :017.341.673-00
 ENDEREÇO: LOCALIDADE CENTRO SAO JOAO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO

VALOR EMPENHADO REFERENTE A PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE RECEPÇÃO PRESTADO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA LOCALIDADE CENTRO.

VALOR BRUTO
750,00

DESCONTOS
22,50

OR - Ordinario

VALOR A PAGAR **727,50**

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 22,5 10.301.0020.2160.0000 3.3.90.36.06 Desdobro 06	PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Manutenção dos serviços municipais de saúde OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS

VALOR DO EMPENHO	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
750,00	750,00	750,00	0,00

VALOR A SER PAGO R\$ **727,50**

setecentos e vinte e sete reais e cinquenta 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 11/12/2024

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.

João Zilton de Melo Lima
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

1211005

DEVE A **GEY MISSANDRA S AGUIAR**
Endereço LOCALIDADE CENTRO

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Dias trabalhados na recepção prestado na Unidade Básica de Saúde da localidade Centro	750,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 750,00 (Setecentos e Cinquenta 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
750,00	22,50	0,00	0,00	0,00	727,50

Recebi da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PI, a quantia líquida de R\$ 727,50 (Setecentos e Vinte e Sete Reais E Cinquenta Centavos), correspondente à conta acima especificada.

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

TESOUREIRO

Em ____ / ____ / ____

CREDOR
CPF: 017.341.673-00

