

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 1211035

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA	SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA 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				
3.3.90.36.14	LOCAÇÃO DE IMÓVEIS				
		5.217,19	1.087.782,81	1.000,00	4.217,19

FICHA: 196 DATA: 11/12/2024 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 300 000 Saúde - Despesas com FONTE DE RECURSO: 500 Recursos não Vinculados de Impostos

CREDOR.: Almir Araújo Rocha

CNPJ/CPF: 007.552.203-90

CÓDIGO: 11725 CIDADE: São João do Arraial UF: PI

ENDEREÇO: Rua José Tomaz de Lima, S/N

Nº 0 BAIRRO: Centro

Discriminação do Material e/ou Serviço...:

VALOR EMPENHADO REFERENTE A PAGAMENTO DE ALUGUEL DE PREDIO PARA FUNCIONAMENTO DA SEDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

Fonte de Recursos: Saúde - Despesas com ASPS

Aplicação: Saúde - Despesas com ASPS

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

1.000,00

Valor por Extensão:

um mil reais *****

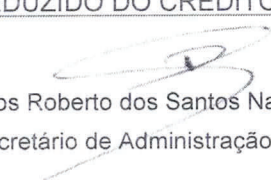
Autorizo o fornecimento dos materiais e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.


JOÃO ZILTON DE MELO LIMA
SECRETÁRIO DE SAÚDE

EMPENHO AUTORIZADO EM: 11/12/2024

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 N° **1211035** SUBEMPENHO N° **1**

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1	FICHA: 196	DATA: 11/12/2024	REQUISIÇÃO:
		DOCUMENTO:	VENCIMENTO: 11/12/2024
Fornecedor: 11725 Almir Araújo Rocha		CPF/CNPJ :007.552.203-90	
ENDEREÇO: Rua José Tomaz de Lima, S/N		São João do Arraial	

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO REFERENTE A PAGAMENTO DE ALUGUEL DE PREDIO PARA FUNCIONAMENTO DA SEDE D A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.	VALOR BRUTO 1.000,00 DESCONTOS 0,00
OR - Ordinario	VALOR A PAGAR 1.000,00

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 0 10.301.0020.2160.0000 3.3.90.36.14 Desdobro 14	PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Manutenção dos serviços municipais de saúde OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA LOCAÇÃO DE IMÓVEIS

VALOR DO EMPENHO	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
1.000,00	1.000,00	1.000,00	0,00

VALOR A SER PAGO R\$ **1.000,00**

um mil reais * * * * *

- 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 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
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL
AVENIDA VICENTE AUGUSTO - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - ESTADO DO PIAUÍ
CNPJ: 01.612.609/0001-84

12 11035

DEVE A **ALMIR ARAÚJO ROCHA**
Endereço RUA JOSE TOMAZ DE LIMA, S/N

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Referente a pagamento de aluguel de prédio para funcionamento da Sede da Secretaria Municipal de Saúde	1.000,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 1.000,00 (Um Mil 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
1.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.000,00

Recebi da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - ESTADO DO PIAUÍ, a quantia líquida de R\$ 1.000,00 (Um Mil Reais), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____ / ____ / ____

Banco _____

Conta N° _____

Cheque _____

TESOUREIRO

Em ____ / ____ / ____

CREDOR

CPF: 007.552.203-90

11/12/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:13:37
204802048 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: PM SAO JOAO ARRAIAL -FUS
AGENCIA: 2048-6 CONTA: 11.090-6

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	11/12/2024
NR. DOCUMENTO	552.048.000.033.044
VALOR TOTAL	1.000,00

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ALMIR ARAUJO ROCHA
AGENCIA: 2048-6 CONTA: 33.044-2
NR. DOCUMENTO 552.048.000.011.090
=====

NR.AUTENTICACAO	D.4BF.290.83C.8EE.AD9
-----------------	-----------------------