

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 1211056

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA	SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTES EMPENHO	SALDO ATUAL
02	PODER EXECUTIVO				
03	SECRETARIA DE SAÚDE				
03.01	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS				
10.301.0025.2185.0000	Ações do Progr.de Ag.Comunitários de Saúde-PACS				
3 3 90 36	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA				
3.3.90.36.06	SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS				
		3.144,00	56.856,00	1.412,00	1.732,00

FICHA: 248 DATA: 11/12/2024

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...: **Pedro Marques de Resende**

CNPJ/CPF: 057.818.783-35

ENDEREÇO: Av.Joaquim Barbosa

CÓDIGO: 11803 CIDADE: São João do Arraial F.: PI

Nº 0 BAIRRO: Centro

Discriminação do Material e/ou Serviço...:

VALOR EMPENHADO PARA O PAGAMENTO REFERENTE A SERVIÇOS DE AGENTE DE COMUNITARIO DE SAÚDE.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...: 1.412,00

Valor por Extenso:

um mil, quatrocentos e doze reais *****

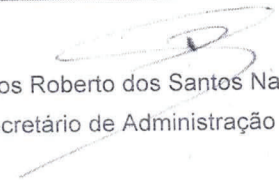
Autorizo o fornecimento dos materiais e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

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 N° 1211056 SUBEMPENHO N° 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1 FICHA: 248 DATA: 11/12/2024 REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 11/12/2024

Fornecedor: 11803 Pedro Marques de Resende CPF/CNPJ :057.818.783-35
 ENDEREÇO: Av. Joaquim Barbosa São João do Arraial

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO PARA O PAGAMENTO REFERENTE A SERVIÇOS DE AGENTE DE COMUNITARIO DE SAÚDE	VALOR BRUTO 1.412,00 DESCONTOS 42,36
---	---

OR - Ordinario VALOR A PAGAR 1.369,64

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02	PODER EXECUTIVO
02 03 42,36	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS
10.301.0025.2185.0000	Ações do Progr.de Ag.Comunitários de Saúde-PACS
3.3.90.36.06	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA
Desdobro 06	SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS

VALOR DO EMPENHO	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
1.412,00	1.412,00	1.412,00	0,00

VALOR A SER PAGO R\$ 1.369,64
 um mil, trezentos e sessenta e nove reais e sessenta e quatro 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
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL
AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
CNPJ: 11504416000163

1211056

DEVE A PEDRO MARQUES DE RESENDE
Endereço AVENIDA JOAQUIM BARBOSA, S/N

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Referente a pagamento de serviços de Agente de Comunitário de Saúde	1.412,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 1.412,00 (Um Mil Quatrocentos e Doze 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
1.412,00	42,36	0,00	0,00	0,00	1.369,64

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 1.369,64 (Um Mil Trezentos e Sessenta e Nove Reais E Sessenta e Quatro Centavos), correspondente à conta acima especificada.

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

TESOUREIRO

Em ____ / ____ / ____

CREDOR

CPF: 057.818.783-35



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 1288 000785682502-3

Nome destinatário:	PEDRO MARQUES DE RESENDE
Valor:	R\$ 1.369,64
Identificação da operação:	PEDRO MARQUES DE RESENDE

Data de débito:	11/12/2024
Data/hora da operação:	11/12/2024 15:40:56

Código da operação:	45718326
Chave de segurança:	J1TRY507XRN7SF3P

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