

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 1216002

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
10.146,19	1.102.853,81	160,00	9.986,19

FICHA: 196 DATA: 16/12/2024 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 300 000 Saúde - Despesas com
FONTE DE RECURSO: 500 Recursos não Vinculados de Impostos

CREDOR.: **Maria Ieda de Lima Oliveira**

CNPJ/CPF: 315.919.223-72

CÓDIGO: 11067 CIDADE: São João do Arraial PI

ENDEREÇO: Rua Assembléia de Deus,

Nº 0 BAIRRO: Centro

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

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

Fonte de Recursos: Saúde - Despesas com ASPS

Aplicação: Saúde - Despesas com ASPS

TIPO DE EMPENHO: **OR - Ordinário**

VALOR TOTAL....:

160,00

Valor por Extensão:

cento e sessenta reais *****

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

EMPENHO AUTORIZADO EM: 16/12/2024

JOÃO ZILTON DE MELO LIMA
SECRETÁRIO DE SAÚDE

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

EMPENHADO EM: 16/12/2024

Carlos Roberto dos Santos Nascimento
Secretário de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N°	1216002	SUBEMPENHO N°	1
------------	---------	---------------	---

NOTA DE LIQUIDAÇÃO:	1	FICHA:	196	DATA:	16/12/2024	REQUISIÇÃO:
---------------------	---	--------	-----	-------	------------	-------------

DOCUMENTO:	VENCIMENTO:	16/12/2024
------------	-------------	------------

Fornecedor:	11067 Maria Ieda de Lima Oliveira	CPF/CNPJ	315.919.223-72
ENDEREÇO:	Rua Assembléia de Deus,	São João do Arraial	

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO PARA O PAGAMENTO REFERENTE A SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO DA UNIDADE BÁSICA D E SAÚDE- CENTRO.	VALOR BRUTO 160,00 DESCONTOS 4,80
--	--


OR - Ordinario	VALOR A PAGAR	155,20
----------------	---------------	--------

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 4,8 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
160,00	160,00	160,00	0,00

VALOR A SER PAGO R\$	155,20
----------------------	--------

cento e cinquenta e cinco reais e vinte centavos * * * * *

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE: <input type="checkbox"/> Os Serviços Foram Prestados. <input type="checkbox"/> Os Materiais Foram Entregues. <input type="checkbox"/> A Obra Foi Realizada	DESPESA LIQUIDADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64 SÃO JOÃO DO ARRAIAL 16/12/2024  Reginalda de Sousa Silva Servidora
---	--

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


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

1216002

DEVE A **MARIA IEDA DE LIMA OLIVEIRA**
Endereço RUA ASSEMBLÉIA DE DEUS, S/N

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Dias trabalhados em serviços de manutenção da Unidade Básica de Saúde - Centro	160,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 160,00 (Cento e Sessenta 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
160,00	4,80	0,00	0,00	0,00	155,20

Recebi da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PI, a quantia líquida de R\$ 155,20 (Cento e Cinquenta e Cinco Reais E Vinte Centavos), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____ / ____ / ____

Banco _____

Conta N° _____

Cheque _____

TESOUREIRO

Em ____ / ____ / ____

CREDOR

CPF: 315.919.223-72

