

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° **1216004** SUBEMPENHO N° **1**

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: **1** FICHA: **177** DATA: **16/12/2024** REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO: VENCIMENTO: **16/12/2024**

Fornecedor: **15114 FOPAG - PREVINE BRASIL** CPF/CNPJ :
 ENDEREÇO: **SAO JOAO DO ARRAIAL**

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO REFERENTE A PAGAMENTO DA FOLHA DO PROGRAMA PREVINE BRASIL, REF: A NOVEM BRO DE 2024.	VALOR BRUTO 1.620,00 DESCONTOS 0,00
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------

OR - Ordinario VALOR A PAGAR 1.620,00

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 0 10.301.0020.2160.0000 3.1.90.16.44 Desdobro 44	PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Manutenção dos serviços municipais de saúde OUTRAS DESPESAS VARIÁVEIS - PESSOAL CIVIL SERVICOS EXTRAORDINARIOS

VALOR DO EMPENHO	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
1.620,00	1.620,00	1.620,00	0,00

VALOR A SER PAGO R\$ **1.620,00**
 um mil, seiscentos e vinte 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 16/12/2024

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

1216004

PREFEITURA MUNICIPAL SÃO JOÃO DO ARRAIAL-PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FOLHA DE PAGAMENTO PREVINE BRASIL/ENFERMEIRO - NOVEMBRO DE 2024

Ord.	Nome	CPF	Banco	Agência	Conta	TOTAL	Assinatura
01	ELUANE RIBEIRO LEAL	984.253.073-68	CEF	2004	36036-3	1.620,00	
						1.620,00	

Importa a presente folha de pagamento em R\$ 1.620,00 (Hum mil seiscentos e vinte reais) referente ao programa Previne Brasil

São João do Arraial-PI, _____ / _____ 2024

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 3701 000583724093-0
Nome destinatário: ELUANE RIBEIRO LEAL	Valor: R\$ 1.620,00	Identificação da operação: ELUANE RIBEIRO LEAL PAGA
Data de débito: 16/12/2024	Data/hora da operação: 16/12/2024 16:50:57	Código da operação: 43015551 Chave de segurança: 33RETSN8W6E7R3SN

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