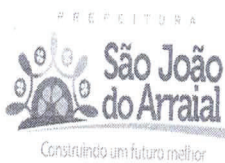


ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Endereço:
Cidade: SÃO JOÃO DO ARRAIAL
CNPJ Nº : 11.504.416/0001-63

2024

NOTA DE EMPENHO Nº 1217003

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				
3.3.90.36.17	MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE VEÍCULOS				
		6.172,19	1.176.827,81	1.090,00	5.082,19

FICHA: 196 DATA: 17/12/2024 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 300 000 Saúde - Despesas com
FONTE DE RECURSO: 500 Recursos não Vinculados de Impostos

CREDOR...: **MACIEL COSTA DO NASCIMENTO**

CNPJ/CPF: 084.022.013-85

CÓDIGO: 16381 CIDADE: SAO JOAO DO ARRAIAL PI

ENDEREÇO: RUA ITU

Nº BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço...:

Valor empenhado para pagamento de serviços de lavagem de veículos utilizados por esta secretaria.

Fonte de Recursos: Saúde - Despesas com ASPS

Aplicação: Saúde - Despesas com ASPS

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

1.090,00

Valor por Extenso:

um mil e noventa reais *****

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

EMPENHO AUTORIZADO EM: 17/12/2024


JOAO ZILTON DE MELO LIMA
SECRETÁRIO DE SAÚDE

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

EMPENHADO EM: 17/12/2024


Carlos Roberto dos Santos Nascimento
Secretário de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° **1217003** SUBEMPENHO N° **1**

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: **1** FICHA: 196 DATA: 17/12/2024 REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 17/12/2024
 Fornecedor: **16381 MACIEL COSTA DO NASCIMENTO** CPF/CNPJ: 084.022.013-85
 ENDEREÇO: RUA ITU SAO JOAO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO
 Valor empenhado para pagamento de serviços de lavagem de veiculos utilizados por esta secretaria.

VALOR BRUTO	1.090,00
DESCONTOS	32,70

OR - Ordinario VALOR A PAGAR 1.057,30

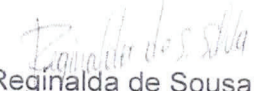
CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 32,7 10.301.0020.2160.0000 3.3.90.36.17 Desdobro 17	PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Manutenção dos serviços municipais de saúde OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE VEÍCULOS

VALOR DO EMPENHO	LIQUIDADO ATE A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
1.090,00	1.090,00	1.090,00	0,00


VALOR A SER PAGO R\$ **1.057,30**
 um mil e cinquenta e sete reais e trinta centavos * * * * *

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 17/12/2024

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

1217003

DEVE A MACIEL COSTA DO NASCIMENTO
Endereço RUA ITU

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Serviços de lavagem de veículos da Secretaria de propriedade da Secretaria Municipal de Saúde	1.090,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 1.090,00 (Um Mil Noventa 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
1.090,00	32,70	0,00	0,00	0,00	1.057,30

Recebi da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PI, a quantia líquida de R\$ 1.057,30 (Um Mil Cinquenta e Sete Reais E Trinta Centavos), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____ / ____ / ____

Banco _____

Conta N° _____

Cheque _____

TESOUREIRO

Em ____ / ____ / ____

CREDOR

CPF: 084.022.013-85

Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3834 / 006 / 00624010-2
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO
CPF/CNPJ:	11.504.416/0001-63

Banco:	033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A. 0000000 - 90400888
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2414 / 00001008029-1
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	MACIEL COSTA DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ:	084.022.013-85
Valor:	R\$ 1.057,30
Valor da tarifa:	R\$ 12,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	MACIEL COSTA DO NASCIMENT
Histórico:	

Data de débito:	17/12/2024
Data / Hora da operação:	17/12/2024 09:36:21

Código da operação:	00103518
Chave de segurança:	TFP4U0UFNJLUJLZT

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104