

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 1224001

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 DESTA EMPENHO	SALDO ATUAL
8.495,19	1.184.504,81	520,00	7.975,19

FICHA: 196 DATA: 24/12/2024 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 300 000 Saúde - Despesas com FONTE DE RECURSO: 500 Recursos não Vinculados de Impostos

CREDOR.: ROSA MARIA DA SILVA

CNPJ/CPF: 908.355.731-68

CÓDIGO: 16869 CIDADE: SAO JOAO DO ARRAIAL PI

ENDEREÇO: SÃO JOSÉ

Nº BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

VALOR EMPENHADO PARA O PAGAMENTO REFERENTE A SERVIÇOS DE FAXINA NO POSTO DE SAÚDE DA LOCALIDADE SÃO JOSÉ.

Fonte de Recursos: Saúde - Despesas com ASPS

Aplicação: Saúde - Despesas com ASPS

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:


520,00

Valor por Extenso:

quinhentos e vinte reais *****

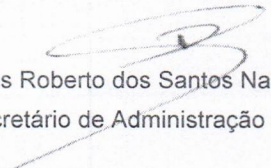
Autorizo o fornecimento dos materiais e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

EMPENHO AUTORIZADO EM: 24/12/2024


JOAO ZILTON DE MELO LIMA
SECRETÁRIO DE SAÚDE

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

EMPENHADO EM: 24/12/2024


Carlos Roberto dos Santos Nascimento
Secretário de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° **1224001** SUBEMPENHO N° **1**

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: **1** FICHA: 196 DATA: 24/12/2024 REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 24/12/2024

Fornecedor: **16869 ROSA MARIA DA SILVA** CPF/CNPJ :908.355.731-68
 ENDEREÇO: SÃO JOSÉ SAO JOAO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO PARA O PAGAMENTO REFERENTE A SERVIÇOS DE FAXINA NO POSTO DE SAÚDE DA LO CALIDADE SÃO JOSÉ.	VALOR BRUTO 520,00 DESCONTOS 15,60
--	---

OR - Ordinario VALOR A PAGAR **504,40**

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 15,6 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
520,00	520,00	520,00	0,00

VALOR A SER PAGO R\$ **504,40**
 quinhentos e quatro reais e quarenta centavos * * * * *
 * * * * *

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

() Os Serviços Foram Prestados.
 () Os Materiais Foram Entregues.
 () A Obra Foi Realizada

DESPEZA LIQUIDADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64
 SÃO JOÃO DO ARRAIAL 24/12/2024
Reginalda dos 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
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
 CNPJ: 01612609000184

1224001

DEVE A ROSA MARIA DA SILVA
 Endereço SÃO JOSÉ

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Dias trabalhados em serviços de faxina no Posto de Saúde da localidade São José	520,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 520,00 (Quinhentos e Vinte 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
520,00	15,60	0,00	0,00	0,00	504,40

Recebi da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PI, a quantia líquida de R\$ 504,40 (Quinhentos e Quatro Reais E Quarenta Centavos), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____/____/____

Banco _____

Conta N° _____

Cheque _____

 TESOUREIRO

Em ____/____/____

 CREDOR

CPF: 908.355.731-68

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 000744919096-7

Nome destinatário:	ROSA MARIA DA SILVA
Valor:	R\$ 504,40
Identificação da operação:	IDENTIFICACAO DA TRANSFER

Data de débito:	24/12/2024
Data/hora da operação:	24/12/2024 09:14:34

Código da operação:	12671673
Chave de segurança:	8FTF7H31E0M6UG7L

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