

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 1227045

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				
3.3.90.36.06	SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS				
		6.312,19	1.156.687,81	1.412,00	4.900,19

FICHA: 196 DATA: 27/12/2024 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 300 000 Saúde - Despesas com FONTE DE RECURSO: 500 Recursos não Vinculados de Impostos

CREDOR.: JORGE LIMA ALVES
CNPJ/CPF: 008.649.683-29 CÓDIGO: 10526 CIDADE: São João do Arraial F.: PI
ENDEREÇO: Av. Vicente Augusto, 556 Nº BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

Valor empenhado para pagamento de serviços de motorista prestados a esta secretaria.

Fonte de Recursos: Saúde - Despesas com ASPS Aplicação: Saúde - Despesas com ASPS

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.

JOAO ZILTON DE MELO LIMA
SECRETÁRIO DE SAÚDE

EMPENHO AUTORIZADO EM: 27/12/2024

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

EMPENHADO EM: 27/12/2024

Carlos Roberto dos Santos Nascimento
Secretário de Administração e Finanças

11.504.416/0001-63

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° **1227045** SUBEMPENHO N° **1**

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: **1** FICHA: 196 DATA: 27/12/2024 REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 27/12/2024

Fornecedor: **10526 JORGE LIMA ALVES** CPF/CNPJ: 008.649.683-29
 ENDEREÇO: Av. Vicente Augusto, 556 São João do Arraial

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO Valor empenhado para pagamento de serviços de motorista prestados a esta secretaria.	VALOR BRUTO 1.412,00 DESCONTOS 42,36
--	---

OR - Ordinario VALOR A PAGAR 1.369,64

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 42,36 10.301.0020.2160.0000 3.3.90.36.06 Desdobro 06	PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Manutenção dos serviços municipais de saúde OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA 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 27/12/2024

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
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
 CNPJ: 01612609000184

1227045

DEVE A JORGE LIMA ALVES NASCIMENTO
Endereço RUA AMARO CARDOSO, S/N

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Serviços de motorista prestado para a Secretaria Municipal 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 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - 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 Nº _____
 Cheque _____

 TESOUREIRO

Em ____ / ____ / ____

 CREDOR
 CPF: 008.649.683-29

