

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 304002

| 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 | | |
| 3.3.90.36.27 | SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO, TÉCNICO E OPERACI | | |
| SALDO ANTERIOR | EMPENHADO ATÉ A DATA | VALOR DESTA EMPENHO | SALDO ATUAL |
| 774.441,00 | 195.559,00 | 2.000,00 | 772.441,00 |

FICHA: 197 DATA: 04/03/2024 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 999 000 Não se aplica
FONTE DE RECURSO: 600 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Fede

CREDOR...: **Gilmar Lopes da Rocha**

CNPJ/CPF: 040.926.473-36

CÓDIGO: 12363

CIDADE: São João do Arraial PI

ENDEREÇO: São João do Arraial

Nº BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço...:

VALOR EMPENHADO PARA O PAGAMENTO REFERENTE A SERVIÇOS DE ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES PARA TRATAMENTO DE SAÚDE EM TERESINA-PI.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

2.000,00

Valor por Extenso:

dois mil reais *****

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

ALCIONEIDE GOMES LOPES
SECRETÁRIA DE SAÚDE

EMPENHO AUTORIZADO EM: 04/03/2024

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

EMPENHADO EM: 04/03/2024

Carlos Roberto dos Santos Nascimento
Secretário de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 304002 SUBEMPENHO N° 1

| | | | |
|-----------------------|------------|------------------|-------------|
| NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1 | FICHA: 197 | DATA: 04/03/2024 | REQUISIÇÃO: |
|-----------------------|------------|------------------|-------------|

| | |
|------------|------------------------|
| DOCUMENTO: | VENCIMENTO: 04/03/2024 |
|------------|------------------------|

Fornecedor: 12363 Gilmar Lopes da Rocha
 ENDEREÇO: São João do Arraial

CPF/CNPJ :040.926.473-36
 São João do Arraial

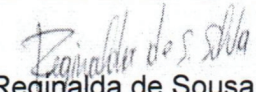
| | |
|---|---|
| DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO PARA O PAGAMENTO REFERENTE A SERVIÇOS DE ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES PARA TRATAMENTO DE SAÚDE EM TERESINA-PI. | VALOR BRUTO 2.000,00 DESCONTOS 60,00 |
|---|---|


| | | |
|----------------|---------------|----------|
| OR - Ordinario | VALOR A PAGAR | 1.940,00 |
|----------------|---------------|----------|

| CÓDIGO | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA |
|--|--|
| 02 02 03 60 10.301.0020.2160.0000 3.3.90.36.27 Desdóbro 27 | PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Manutenção dos serviços municipais de saúde OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO, TÉCNICO E OPERACIONAL |

| VALOR DO EMPENHO | LIQUIDADO ATÉ A DATA | VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO | SALDO A LIQUIDAR |
|------------------|----------------------|------------------------|------------------|
| 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 0,00 |

| | |
|--|----------|
| VALOR A SER PAGO R\$ | 1.940,00 |
| um mil, novecentos e quarenta reais * * * * * * * * * * | |

| | |
|--|---|
| DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE: | DESPESA LIQUIDADADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64 |
| <input type="checkbox"/> Os Serviços Foram Prestados. <input type="checkbox"/> Os Materiais Foram Entregues. <input type="checkbox"/> A Obra Foi Realizada | SÃO JOÃO DO ARRAIAL 04/03/2024 |
| |  Reginalda de Sousa Silva Servidora |

| |
|--|
| A DESPESA REFERENTE A ESTE EMPENHO OU SUBEMPENHO, FOI DEVIDAMENTE PROCESSADA, ENCONTRANDO-SE EM ORDEM PARA PAGAMENTO. |
|  ALCIONEIDE GOMES LOPES SECRETÁRIA DE SAÚDE |



ESTADO DO PIAUÍ
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL
AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
CNPJ: 11504416000163

304002

DEVE A GILMAR LOPES DA ROCHA
Endereço AVENIDA VICENTE AUGUSTO S/N

| ESPECIFICAÇÃO | VALOR |
|---|----------|
| Transporte de pacientes para tratamento de saúde em Teresina-PI | 2.000,00 |

Importa a presente conta na quantia de R\$ 2.000,00 (Dois Mil 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 |
|-------------|-------|------|------|--------|---------------|
| 2.000,00 | 60,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.940,00 |

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 1.940,00 (Um Mil Novecentos e Quarenta Reais), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____ / ____ / ____
Banco _____
Conta N° _____
Cheque _____

Em ____ / ____ / ____

TESOUREIRO

CREDOR

CPF: 040.926.473-36



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL
AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556
CEP 64.155-000 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
CNPJ 01612609000184

Nota Fiscal de Serviço Avulso

Nº 98391

Data de Emissão: 04/03/2024

PRESTADOR DO SERVIÇO

NOME: GILMAR LOPES DA ROCHA
ENDEREÇO: AVENIDA VICENTE AUGUSTO S/N
CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
ATIVIDADE: SERVIÇOS DIVERSOS
RG/INSC. EST.: CPF/CNPJ: 040.926.473-36

USUÁRIO DO SERVIÇO

NOME: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAO JOÃO DO ARRAIAL
ENDEREÇO: AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556
CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
ATIVIDADE:
RG/INSC. EST.: CPF/CNPJ: 11.504.416/0001-63

| QTD. | UNID. | DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|-------|---|--------------|-----------------|
| 1 | uni | Transporte de pacientes para tratamento de saúde em Teresina-PI | 2.000,00 | 2.000,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | TOTAL | 2.000,00 |

Dois Mil Reais

| | | | | | |
|------------|----------|----------|-----|-----|-------|
| VALOR BASE | 2.000,00 | ALÍQUOTA | 3 % | ISS | 60,00 |
|------------|----------|----------|-----|-----|-------|

| | | |
|------------------------|--------------|-----------|
| ASSINATURA DO EMITENTE | RECOLHIDO EM | MATRÍCULA |
| | 05/03/2024 | Nº 3924 |

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: | 001 - BCO DO BRASIL S.A. 00000000 - 00000000 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 1419 / 00000016986-2 |
| Tipo de pessoa: | FÍSICA |
| Nome: | GILMAR LOPES DA ROCHA |
| CPF/CNPJ: | 040.926.473-36 |
| Valor: | R\$ 1.940,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 11,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | GILMAR LOPES DA ROCHA |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 04/03/2024 |
| Data / Hora da operação: | 04/03/2024 16:00:20 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00136888 |
| Chave de segurança: | J1YRTLTEL4UXYXTF |

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

Comprovante de transferência eletrônica de valores

Transferência realizada em CAIXA

| | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| CPF/CNPJ: | 158714190-43 |
| Nome: | TURMA MUNICIPAL DE BAMBAS LTDA |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Tipo de conta: | 97 - Conta Corrente |
| Conta origem: | 3851 - Conta Corrente |
| Tipo de TED: | TELENEGO |
| CPF/CNPJ: | 000000000-00 |
| Nome: | CAIXA |
| Tipo de pessoa: | FÍSICA |
| Conta destino: | 414 - Conta Corrente |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Barco: | 907 - BOM BRASIL S.A. (907) 00000000 |
| Histórico: | 01 - Crédito em Caixa |
| Valor da transferência: | R\$ 11.000,00 |
| Valor: | R\$ 11.000,00 |
| CPF/CNPJ: | 000000000-00 |
| Nome: | CAIXA |
| Tipo de pessoa: | FÍSICA |
| Conta destino: | 414 - Conta Corrente |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Barco: | 907 - BOM BRASIL S.A. (907) 00000000 |
| Histórico: | 01 - Crédito em Caixa |
| Data de depósito: | 02/03/2024 |
| Data e hora de operação: | 08:00:00 AM 02/03/2024 |
| Chave de segurança: | 15871419043 |
| Código de operação: | 00130000 |

Operação realizada com sucesso. O PREVIJO DO CREDITO NA CONTA DESTINO DE 60 MINUTOS.
 Operação realizada com sucesso conforme as informações prestadas pelo cliente.
 Autorizo a CAIXA a efetuar o valor de tanto quanto de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 735 0101
 Presença com atendimento especializado: 0800 550 0800
 Ouvidoria: 0800 735 0101
 AIB CAIXA: 0800 104 0104