

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 305004

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA	SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTE 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				
3.3.90.36.19	MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS IMÓVEIS				
		776.556,00	193.444,00	750,00	775.806,00

FICHA: 197 DATA: 05/03/2024 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 999 000 Não se aplica
FONTE DE RECURSO: 600 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal

CREDOR...: **Maria Costa dos Santos**

CNPJ/CPF: 001.578.933-08 CÓDIGO: 10484 CIDADE: São João do Arraial/PI
ENDEREÇO: Av. Vicente Augusto, S/N Nº BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

VALOR EMPENHADO REFERENTE A PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO DOS POSTOS DE SAÚDE.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

750,00

Valor por Extenso:

setecentos e cinquenta 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: 05/03/2024

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

EMPENHADO EM: 05/03/2024

Carlos Roberto dos Santos Nascimento
Secretário de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N°	305004	SUBEMPENHO N°	1
------------	---------------	---------------	----------

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1	FICHA: 197	DATA: 05/03/2024	REQUISIÇÃO:
------------------------------	------------	------------------	-------------

DOCUMENTO:	VENCIMENTO: 05/03/2024
------------	------------------------

Fornecedor: 10484 Maria Costa dos Santos	CPF/CNPJ :001.578.933-08
ENDEREÇO: Av. Vicente Augusto, S/N	São João do Arraial

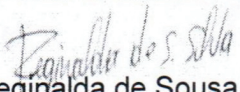
DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO	VALOR BRUTO
VALOR EMPENHADO REFERENTE A PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO DOS POSTOS DE SAÚDE.	750,00
	DESCONTOS
	22,50

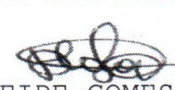
OR - Ordinario	VALOR A PAGAR	727,50
----------------	---------------	--------

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 22,5 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
750,00	750,00	750,00	0,00

VALOR A SER PAGO R\$	727,50
setecentos e vinte e sete reais e cinquenta centavos * * * * *	
* * * * *	

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:	DESPESA LIQUIDADA 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 05/03/2024
	 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
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
CNPJ: 01612609000184

305064

DEVE A MARIA COSTA DOS SANTOS
Endereço AVENIDA VICENTE AUGUSTO, SN

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Manutenção do Posto de Saúde da localidade Cabaceiros	750,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 750,00 (Setecentos e Cinquenta 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
750,00	22,50	0,00	0,00	0,00	727,50

Recebi da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PI, a quantia líquida de R\$ 727,50 (Setecentos e Vinte e Sete Reais E Cinquenta Centavos), correspondente à conta acima especificada.

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

Em ____/____/____

TESOUREIRO

CREDOR
CPF: 001.578.933-08



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

N° 98403

Data de Emissão: 05/03/2024

PRESTADOR DO SERVIÇO

NOME: MARIA COSTA DOS SANTOS
ENDEREÇO: AVENIDA VICENTE AUGUSTO, SN
CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
ATIVIDADE:
RG/INSC. EST.: 2.308.580 PI CPF/CNPJ: 001.578.933-08

USUÁRIO DO SERVIÇO

NOME: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ENDEREÇO: AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556
CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
ATIVIDADE:
RG/INSC. EST.: CPF/CNPJ: 01.612.609/0001-84

QTD.	UNID.	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	UNITÁRIO	TOTAL
1	uni	Manutenção do Posto de Saúde da localidade Cabaceiros	750,00	750,00
			TOTAL	750,00

Setecentos e Cinquenta Reais

VALOR BASE	750,00	ALÍQUOTA	3 %	ISS	22,50
------------	--------	----------	-----	-----	-------

ASSINATURA DO EMITENTE	RECOLHIDO EM	MATRÍCULA
	05/03/2024	N° 1495

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: 2004 | 023 | 00013081-4

Nome destinatário: MARIA COSTA DOS SANTOS

Valor: R\$ 727,50

Identificação da operação: PAGAMENTO DOS SERVICOS

Data de débito: 05/03/2024

Data/hora da operação: 05/03/2024 09:37:58

Código da operação: 11697001

Chave de segurança: 9THWNU1PRMQ1JNVX

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

CAIXA

Comprovante de transação entre contas da CAIXA - TED

Via Computador Banco CAIXA

Emissor:	TRAZO MONTANA DE SAO DE PAS
Conta origem:	00000000000000000000
Conta destino:	00000000000000000000
Nome destinatário:	MARIA VICTA DOS SANTOS
Valor:	R\$ 100,00
Identificação da operação:	PAGAMENTO DE SERVIÇOS
Data de débito:	01/08/2014
Data/hora da operação:	08:03:33M 08/07/14
Caixa de origem:	1107011
Caixa de destino:	00000000000000000000

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO E FICANDO O CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS
 SAC CAIXA 0800 104 8104
 Parcela com validade anterior: 08/07/14
 Ouvidoria: 0800 122 7878
 VIA CAIXA: 0800 104 8104

543-
 - 109
 434 14

36,23
 109