

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 307008

| 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               |                      |                   |
| <b>3 3 90 36</b>      | <b>OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA</b>       |                      |                   |
| <b>3.3.90.36.27</b>   | <b>SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO, TÉCNICO E OPERACI</b> |                      |                   |
| SALDO ANTERIOR        | EMPENHADO ATÉ A DATA                                      | VALOR DESTES EMPENHO | SALDO ATUAL       |
| <b>765.206,00</b>     | <b>204.794,00</b>   | <b>1.395,00</b>      | <b>763.811,00</b> |

FICHA: 197 DATA: 07/03/2024 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.: **Gilson de Sousa**

CNPJ/CPF: 984.860.633-53

CÓDIGO: 12468 CIDADE: São João do Arraial UF: PI

ENDEREÇO: Av: Joaquim Barbosa

Nº 0 BAIRRO: Liberdade

**Discriminação do Material e/ou Serviço..:**

VALOR EMPENHADO REFERENTE A PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE DISTRIBUIÇÃO (CARREGO E DESCARREGO) DE MATERIAIS DE USO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinario

**VALOR TOTAL...:**

**1.395,00**

Valor por Extenso:

**um mil, trezentos e noventa e cinco 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: 07/03/2024

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

EMPENHADO EM: 07/03/2024

Carlos Roberto dos Santos Nascimento  
Secretário de Administração e Finanças

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 307008 SUBEMPENHO N° 1

|                       |            |                  |             |
|-----------------------|------------|------------------|-------------|
| NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1 | FICHA: 197 | DATA: 07/03/2024 | REQUISIÇÃO: |
|-----------------------|------------|------------------|-------------|

|            |                        |
|------------|------------------------|
| DOCUMENTO: | VENCIMENTO: 07/03/2024 |
|------------|------------------------|

|  |   |
|--|---|
| Fornecedor: 12468 Gilson de Sousa<br>ENDEREÇO: Av: Joaquim Barbosa | CPF/CNPJ :984.860.633-53<br>São João do Arraial |
|--|---|

|   |   |
|---|---|
| DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO<br>VALOR EMPENHADO REFERENTE A PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE DISTRIBUIÇÃO (CARREGO E DESCARREGO ) DE MATERIAIS DE USO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. | VALOR BRUTO<br>1.395,00<br><br>DESCONTOS<br>41,85 |
|---|---|

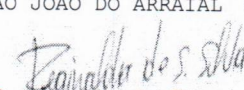
|                |               |          |
|----------------|---------------|----------|
| OR - Ordinario | VALOR A PAGAR | 1.353,15 |
|----------------|---------------|----------|

| CÓDIGO  | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA   |
|---|--|
| 02<br>02 03 41,85<br>10.301.0020.2160.0000<br>3.3.90.36.27<br>Desdobro 27 | PODER EXECUTIVO<br>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS<br>Manutenção dos serviços municipais de saúde<br>OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA<br>SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO, TÉCNICO E OPERACIONAL |


| VALOR DO EMPENHO | LIQUIDADO ATÉ A DATA | VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO | SALDO A LIQUIDAR |
|------------------|----------------------|------------------------|------------------|
| 1.395,00         | 1.395,00             | 1.395,00               | 0,00             |

|                      |          |
|----------------------|----------|
| VALOR A SER PAGO R\$ | 1.353,15 |
|----------------------|----------|

um mil, trezentos e cinquenta e três reais e quinze centavos \* \* \* \* \*

|   |  |
|---|--|
| DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:<br><input type="checkbox"/> Os Serviços Foram Prestados.<br><input type="checkbox"/> Os Materiais Foram Entregues.<br><input type="checkbox"/> A Obra Foi Realizada | DESPESA LIQUIDADADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64<br><br>SÃO JOÃO DO ARRAIAL 07/03/2024<br><br><br><b>Reginalda de Sousa Silva</b><br>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

307008

**DEVE A GILSON DE SOUSA**  
**Endereço** AVENIDA JOAQUIM BARBOSA, S/N

| ESPECIFICAÇÃO  | VALOR    |
|--|----------|
| Serviços de distribuição (carrego/descarrego) de materiais de Uso da Secretaria Municipal de Saúde | 1.395,00 |

Importa a presente conta na quantia de R\$ 1.395,00 (Um Mil Trezentos e Noventa e Cinco 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 |
|-------------|-------|------|------|--------|---------------|
| 1.395,00    | 41,85 | 0,00 | 0,00 | 0,00   | 1.353,15      |

Recebi da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PI, a quantia líquida de R\$ 1.353,15 (Um Mil Trezentos e Cinquenta e Três Reais E Quinze Centavos), correspondente à conta acima especificada.

Pago em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_

Conta N° \_\_\_\_\_

Cheque \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
TESOUREIRO

Em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CREDOR

CPF: 984.860.633-53



## Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Gerenciador Financeiro CAIXA

|                       |                                 |
|-----------------------|---------------------------------|
| <b>Emitente:</b>      | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO |
| <b>Conta origem:</b>  | 3834   006   00624010-2         |
| <b>Conta destino:</b> | 2004   023   00007917-7         |

|                                   |                           |
|-----------------------------------|---------------------------|
| <b>Nome destinatário:</b>         | GILSON DE SOUSA           |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 1.353,15              |
| <b>Identificação da operação:</b> | IDENTIFICACAO DA TRANSFER |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>        | 07/03/2024          |
| <b>Data/hora da operação:</b> | 07/03/2024 16:25:16 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 56050935         |
| <b>Chave de segurança:</b> | J8SGM9NFWEZWN408 |

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