

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 311002

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
789.386,00	180.614,00	520,00	788.866,00

FICHA: 197 DATA: 11/03/2024 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.: Laiana Gomes de Sousa

CNPJ/CPF: 014.554.903-85

CÓDIGO: 13158 CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRÁIALPI

ENDEREÇO: Localidade Pilão de Pedra

Nº BAIRRO: Zona Rural

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

VALOR EMPENHADO PARA O PAGAMENTO REFERENTE A SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO DO POSTO DE SAÚDE DA LOCALIDADE SANTA MARIA.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinario

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.

ALCIONEIDE GOMES LOPES
SECRETÁRIA DE SAÚDE

EMPENHO AUTORIZADO EM: 11/03/2024

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

EMPENHADO EM: 11/03/2024

Carlos Roberto dos Santos Nascimento
Secretário de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° **311002** SUBEMPENHO N° **1**

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: **1** FICHA: 197 DATA: 11/03/2024 REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 11/03/2024

Fornecedor: **13158 Laiana Gomes de Sousa** CPF/CNPJ: 014.554.903-85
 ENDEREÇO: Localidade Pilão de Pedra SAO JOAO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO PARA O PAGAMENTO REFERENTE A SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO DO POSTO DE SAÚDE D A LOCALIDADE SANTA MARIA.	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: DESPESA LIQUIDADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64

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

SÃO JOÃO DO ARRAIAL 11/03/2024

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.

Alcioneide Gomes Lopes
ALCIONEIDE GOMES LOPES
 SECRETÁRIA DE SAÚDE



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

PAB
311002

DEVE A LAIANA GOMES DE SOUSA
Endereço LOCALIDADE SANTA MARIA

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Referente a pagamento de serviços de manutenção do posto de saúde da localidade Santa Maria.	520,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 520,00 (Quinhentos e Vinte Reais)

SÃO JOÃO DO ARRAIAL, ____ de ____ de ____.

CREDOR

ORDEM DE PAGAMENTO

<p>Declaro para os devidos fins que:</p> <p><input type="checkbox"/> os materiais foram recebidos.</p> <p><input type="checkbox"/> os serviços foram prestados.</p> <p><input type="checkbox"/> as despesas foram realizadas.</p> <p><input type="checkbox"/> as obras foram executadas.</p> <p>Em ____ / ____ / ____</p> <p>_____ SERVIDOR</p>	<p>Autorizo o pagamento, atendidas as formalidades legais.</p> <p>Em ____ / ____ / ____</p> <p>_____ ORDENADOR DA DESPESA</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 ____ / ____ / ____ Em ____ / ____ / ____

Banco _____

Conta N° _____

Cheque _____

TESOUREIRO

CREDOR
CPF: 014.554.903-85

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 000868382865-2

Nome destinatário:	LAIANA GOMES DE SOUSA
Valor:	R\$ 504,40
Identificação da operação:	IDENTIFICACAO DA TRANSFER

Data de débito:	11/03/2024
Data/hora da operação:	11/03/2024 08:17:01

Código da operação:	34286327
Chave de segurança:	YCZRKSKX4XL5U8G2

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