

ESTADO DO PIAUÍ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL



**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

Endereço:  
Cidade: SÃO JOÃO DO ARRAIAL  
CNPJ Nº : 11.504.416/0001-63

2024

NOTA DE EMPENHO Nº 311003

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>3.3.90.36.19</b>	<b>MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS IMÓVEIS</b>		
SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTES EMPENHO	SALDO ATUAL
<b>788.866,00</b>	<b>181.134,00</b>	<b>950,00</b>	<b>787.916,00</b>

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.: MARIA ELENILDA OLIVEIRA SILVA

CNPJ/CPF: 031.727.423-69 CÓDIGO: 15110 CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRÁIAL PI  
ENDEREÇO: LOCALIDADE CABACEIROS Nº BAIRRO:

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

VALOR EMPENHADO REFERENTE A PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO DE POSTO DE SAÚDE DA LOCALIDADE CABACEIROS.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

950,00

Valor por Extenso:

**novecentos 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: 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°	<b>311003</b>	SUBEMPENHO N°	<b>1</b>
------------	---------------	---------------	----------

NOTA DE LIQUIDAÇÃO:	<b>1</b>	FICHA: 197	DATA: 11/03/2024	REQUISIÇÃO:
---------------------	----------	------------	------------------	-------------

DOCUMENTO:	VENCIMENTO: 11/03/2024
------------	------------------------

Fornecedor: <b>15110 MARIA ELENILDA OLIVEIRA SILVA</b>	CPF/CNPJ :031.727.423-69
ENDEREÇO: LOCALIDADE CABACEIROS	SAO JOAO DO ARRAIAL

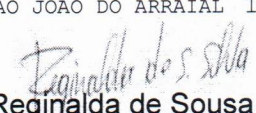
DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO REFERENTE A PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO DE POSTO DE SAÚDE DA LO CALIDADE CABACEIROS.	VALOR BRUTO 950,00  DESCONTOS 28,50
---	---


OR - Ordinario	<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>921,50</b>
----------------	----------------------	---------------

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 28,5 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
950,00	950,00	950,00	0,00

<b>VALOR A SER PAGO R\$</b>	<b>921,50</b>
novecentos e vinte e um 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 11/03/2024
	 <b>Reginalda de Sousa Silva</b> 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

311003

**DEVE A** MARIA ELENILDA OLIVEIRA SILVA  
**Endereço** LOCALIDADE CABACEIROS

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Manutenção de posto de saúde da localidade Cabaceiros	950,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 950,00 (Novecentos 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
950,00	28,50	0,00	0,00	0,00	921,50

Recebi da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PI, a quantia líquida de R\$ 921,50 (Novecentos e Vinte e Um Reais E Cinquenta Centavos), correspondente à conta acima especificada.

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

Banco \_\_\_\_\_

Conta N° \_\_\_\_\_

Cheque \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
TESOUREIRO

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

\_\_\_\_\_  
CREDOR

CPF: 031.727.423-69



## 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>	3834   013   00014538-0

<b>Nome destinatário:</b>	MARIA ELENILDA OLIVEIRA SILVA
<b>Valor:</b>	R\$ 921,50
<b>Identificação da operação:</b>	IDENTIFICACAO DA TRANSFER

<b>Data de débito:</b>	11/03/2024
<b>Data/hora da operação:</b>	11/03/2024 08:16:15

<b>Código da operação:</b>	34187036
<b>Chave de segurança:</b>	89CEUQ5SHK6217W4

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