

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 311018

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 OPERACIONAL		
SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTE EMPENHO	SALDO ATUAL
708.354,00	261.646,00	250,00	708.104,00

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.: BEATRIZ BARROS LEO

CNPJ/CPF: 065.697.263-74 CÓDIGO: 16386 CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRÁIAL PI
ENDEREÇO: RUA ALFREDO TELES Nº 50 BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

VALOR EMPENHADO PARA O PAGAMENTO REFERENTE A SERVIÇOS DE ENFERMAGEM (PLANTÕES) PRESTADO PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

250,00

Valor por Extenso:

duzentos 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°	311018	SUBEMPENHO N°	1
------------	--------	---------------	---

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

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

Fornecedor: 16386 BEATRIZ BARROS LEAO ENDEREÇO: RUA ALFREDO TELES	CPF/CNPJ :065.697.263-74 SAO JOAO DO ARRAIAL
--	---

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO PARA O PAGAMENTO REFERENTE A SERVIÇOS DE ENFERMAGEM (PLANTÕES) PRESTADO PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.	VALOR BRUTO 250,00 DESCONTOS 7,50
---	--

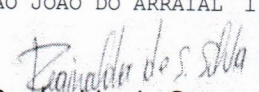
OR - Ordinario	VALOR A PAGAR	242,50
----------------	---------------	--------


CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 7,5 10.301.0020.2160.0000 3.3.90.36.27 Desdobro 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
250,00	250,00	250,00	0,00

VALOR A SER PAGO R\$	242,50
----------------------	--------

duzentos e quarenta e dois reais e cinquenta centavos * * * * *

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 11/03/2024
	 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

311018

DEVE A BEATRIZ BARROS LEÃO
Endereço RUA ALFREDO TELES Nº 50

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Serviços de enfermagem (Plantões) prestado para a Secretaria Municipal de Saúde	250,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 250,00 (Duzentos 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
250,00	7,50	0,00	0,00	0,00	242,50

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 242,50 (Duzentos e Quarenta e Dois Reais E Cinquenta Centavos), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____ / ____ / ____

Banco _____

Conta N° _____

Cheque _____

TESOUREIRO

Em ____ / ____ / ____

CREDOR

CPF: 065.697.263-74



2ª Via - Comprovante de Transferência de Valores
via GovConta Caixa

Emitente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE
Conta Origem:	3834/006/00624010-2

Conta Destino:	3389/1288/000785770325-8
Nome do Destinatário:	BEATRIZ BARROS LEAO
Valor:	R\$ 242,50
Identificação da Operação:	IDENTIFICACAO DA TRANSFER

Data de Débito:	12/03/2024 - 16:34:12
Data da Operação:	12/03/2024
Código da Operação:	95091259
Chave de Segurança:	V7C0LMPPRM5L953M

Operação realizada com sucesso.