

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

2020

NOTA DE EMPENHO Nº 821003

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA		
02	PODER EXECUTIVO		
03	SECRETARIA DE SAÚDE		
03.01	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS		
10.122.0020.2161.0000	Enfrentamento da Emergência COVID-19		
3 3 90 36	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA		
3.3.90.36.27	SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO, TÉCNICO E OPERACII		
SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA EMPENHO	SALDO ATUAL
236.575,00	67.425,00	415,00	236.160,00

FICHA: 676 DATA: 21/08/2020 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 115 001 Recursos Vinculados
FONTE DE RECURSO 214 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Govern

CREDOR: ANTONIO CARLOS B SANTOS

CNPJ/CPF: 963.723.543-49

CÓDIGO: 14514 CIDADE: SAO JOAO DO ARRAIAL PI

ENDEREÇO: RUA 2 DE DEZEMBRO

Nº BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço...:

Valor empenhado referente a serviços de segurança em barreiras sanitárias no período de combate ao Coronavírus (Covid-19)

Fonte de Recursos: Recursos Vinculados

Aplicação: Enfrentamento COVID-19

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...: 415,00

Valor por Extensão:

quatrocentos e quinze reais *****

Autorizo o fornecimento dos materiais e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

EMPENHO AUTORIZADO EM: 21/08/2020

Alcioneide Gomes Lopes
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 21/08/2020

Abdoraí Melo da Silva
Secretário de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N°

821003

SUBEMPENHO N°

1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1

FICHA: 676

DATA: 21/08/2020

REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO:

VENCIMENTO: 21/08/2020

Fornecedor: 14514 ANTONIO CARLOS B SANTOS
 Endereço: RUA 2 DE DEZEMBRO

CPF/CNPJ 963.723.543-49
 SAO JOAO DO ARRAIAL

FUNDOS DE MANUTENÇÃO E/OU SERVIÇO

Valor empenhado referente a serviços de segurança em barreiras sanitárias no período de combate ao Coronavírus (Covid-19)

VALOR BRUTO

415,00

DESCONTOS

12,45

CR - Ordinário

VALOR A PAGAR

402,55

CODIGO

CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA

02
 02 03 12,45
 10.122.0020.2161.0000
 3.3.90.36.27
 Desdobro 27

PODER EXECUTIVO
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS
 Enfrentamento da Emergência COVID-19
 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA
 SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO, TÉCNICO E OPERACIONAL

VALOR DO EMPENHO

DEVIDADO À DATA

VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO

SALDO A PAGAR

415,00

415,00

415,00

3.

VALOR A SER PAGO R\$

402,55

quatrocentos e dois reais e cinquenta e cinco centavos * * * * *

OBSERVAÇÃO PARA OS SERVIÇOS FMS QUE:

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

DESPESA LIQUIDADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64

SÃO JOÃO DO ARRAIAL 21/08/2020

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
RUA BENEDITO AMARO, S/N - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
CNPJ: 21988778000120

DEVE A **ANTONIO CARLOS B BASTOS**
Endereço RUA 12 DE DEZEMBRO, S/N

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Serviços de segurança em barreiras sanitárias no período de combate ao Coronavírus (Covid-19)	415,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 415,00 (Quatrocentos e Quinze Reais)

SÃO JOÃO DO ARRAIAL, ____ de ____ de ____.

CREDOR

ORDEN 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
415,00	12,45	0,00	0,00	0,00	402,55

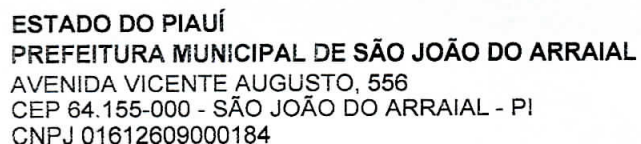
Recebi da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PI, a quantia líquida de R\$ 402,55 (Quatrocentos e Dois Reais E Cinquenta e Cinco Centavos), correspondente à conta acima especificada.

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

TESOUREIRO

Em ____/____/____

CREDOR
CPF: 963.723.543-49



N° 70881

Data de Emissão: 21/08/2020

NOME: ANTONIO CARLOS B BASTOS
ENDEREÇO: RUA 12 DE DEZEMBRO, S/N
CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
ATIVIDADE:
RG/INSC. EST.: **CPF/CNPJ:** 963.723.543-49

NOME: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ENDEREÇO: RUA BENEDITO AMARO, S/N
CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
ATIVIDADE:
RG/INSC. EST.: **CPF/CNPJ:** 21.988.778/0001-20

Quatrocentos e Quinze Reais

ASSINATURA DO EMITENTE	RECOLHIDO EM ____/____/____	MATRÍCULA Nº 4519
------------------------	--------------------------------	----------------------

IMPRIMIR

FECHAR



Comprovante de Transferência de Valores via GovConta Caixa

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

Conta Destino:	3834/013/00036706-5
Nome do Destinatário:	ANTONIO CARLOS B BASTOS
Valor:	R\$402,55
Identificação da Operação:	PAGAMENTO DOS SERVICOS

Data de Débito:	21/08/2020 -15:24:51
Data da Operação:	21/08/2020
Código da Operação:	324073996
Chave de Segurança:	NH6WA8247FY93WCE

CPFs Autorizadores:
183.225.903-00
721.850.233-49

Operação realizada com sucesso.

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS