

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

2021

**NOTA DE EMPENHO Nº 716015**

| 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 OPERACI |                      |             |
| SALDO ANTERIOR        |  | EMPENHADO ATÉ A DATA                               | VALOR DESTES EMPENHO | SALDO ATUAL |
| 9.394,00              |  | 107.866,00                                         | 1.450,00             | 7.944,00    |

FICHA: 660 DATA: 16/07/2021

CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 115 001 Recursos Vinculados

FONTE DE RECURSO: 214 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Govern

CREDOR.: FRANCISCO ALRIVAN SILVA

CNPJ/CPF: 019.431.483-92

CÓDIGO: 13965 CIDADE: SÃO JOAO DO ARRAIAL PI

ENDEREÇO: RUA JOSÉ TOMAZ DE LIMA

Nº S/N BAIRRO: CENTRO

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

VALOR EMPENHADO REFERENTE A PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE APOIO À VIGILÂNCIA SANITÁRIAS NAS AÇÕES DE COMBATE AO CORONAVIRUS (COVID-19).

Fonte de Recursos: Recursos Vinculados

Aplicação: Enfrentamento COVID-19

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

**VALOR TOTAL....: 1.450,00**

Valor por Extensão:

**um mil, quatrocentos 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: 16/07/2021

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

EMPENHADO EM: 16/07/2021

Carlos Roberto dos Santos Nascimento  
Secretário de Administração e Finanças

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 716015 SUBEMPENHO N° 1

|                       |            |                  |             |
|-----------------------|------------|------------------|-------------|
| NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1 | FICHA: 660 | DATA: 16/07/2021 | REQUISIÇÃO: |
|-----------------------|------------|------------------|-------------|

|            |                        |
|------------|------------------------|
| DOCUMENTO: | VENCIMENTO: 16/07/2021 |
|------------|------------------------|

Fornecedor: 13965 FRANCISCO ALRIVAN SILVA  
ENDEREÇO: RUA JOSÉ TOMAZ DE LIMA

CPF/CNPJ :019.431.483-92  
SÃO JOAO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO

VALOR EMPENHADO REFERENTE A PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE APOIO Á VIGILÂNCIA SANITÁRIAS NAS AÇÕES DE COMBATE AO CORONAVIRUS (COVID-19).

VALOR BRUTO  
1.450,00  
  
DESCONTOS  
43,50

OR - Ordinário

VALOR A PAGAR

1.406,50

| CÓDIGO                                                                   | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 02<br>02 03 43,5<br>10.122.0020.2161.0000<br>3.3.90.36.27<br>Desdobro 27 | PODER EXECUTIVO<br>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS<br>Enfrentamento da Emergência COVID-19<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 |
|------------------|----------------------|------------------------|------------------|
| 1.450,00         | 1.450,00             | 1.450,00               | 0,00             |

VALOR A SER PAGO R\$

1.406,50

um mil, quatrocentos e seis reais e cinquenta centavos \* \* \* \* \*

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS 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 16/07/2021

Re. *Reginaldo de S. Silva*  
Reginaldo 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

DEVE A FRANCISCO ALRIVAN SILVA

Endereço RUA JOSÉ TOMAZ DE LIMA, S/N

| ESPECIFICAÇÃO                                                                            | VALOR    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Serviços de apoio à vigilância sanitárias nas ações de combate ao Coronavírus (Covid-19) | 1.450,00 |

Importa a presente conta na quantia de R\$ 1.450,00 (Um Mil Quatrocentos e Cinquenta 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
SERVIDORAutorizo o pagamento,  
atendidas as formalidades legais.

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

\_\_\_\_\_  
ORDENADOR DA DESPESA

## RECIBO

| Valor Bruto | ISS   | INSS | IRRF | Outros | Valor Líquido |
|-------------|-------|------|------|--------|---------------|
| 1.450,00    | 43,50 | 0,00 | 0,00 | 0,00   | 1.406,50      |

Recebi da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PI, a quantia líquida de R\$ 1.406,50 (Um Mil Quatrocentos e Seis Reais E Cinquenta Centavos), correspondente à conta acima especificada.

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

Banco \_\_\_\_\_

Conta N° \_\_\_\_\_

Cheque \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
TESOUREIRO\_\_\_\_\_  
CREDOR

CPF: 019.431.483-92



ESTADO DO PIAUÍ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL  
AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556  
CEP 64.155-000 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI  
CNPJ 01612609000184

Nota Fiscal de Serviço Avulso

Nº 76802

Data de Emissão: 16/07/2021

| PRESTADOR DO SERVIÇO                  |                               |                                                                                          |              |                      |       |
|---------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------|-------|
| NOME:                                 | FRANCISCO ALRIVAN SILVA       |                                                                                          |              |                      |       |
| ENDEREÇO:                             | RUA JOSÉ TOMAZ DE LIMA, S/N   |                                                                                          |              |                      |       |
| CIDADE:                               | SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI      |                                                                                          |              |                      |       |
| ATIVIDADE:                            |                               |                                                                                          |              |                      |       |
| RG/INSC. EST.:                        | CPF/CNPJ: 019.431.483-92      |                                                                                          |              |                      |       |
| USUÁRIO DO SERVIÇO                    |                               |                                                                                          |              |                      |       |
| NOME:                                 | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE |                                                                                          |              |                      |       |
| ENDEREÇO:                             | AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556  |                                                                                          |              |                      |       |
| CIDADE:                               | SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI      |                                                                                          |              |                      |       |
| ATIVIDADE:                            |                               |                                                                                          |              |                      |       |
| RG/INSC. EST.:                        | CPF/CNPJ: 01.612.609/0001-84  |                                                                                          |              |                      |       |
| QTD.                                  | UNID.                         | DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS                                                                   | UNITÁRIO     | TOTAL                |       |
| 1                                     | uni                           | Serviços de apoio à vigilância sanitárias nas ações de combate ao Coronavírus (Covid-19) | 1.450,00     | 1.450,00             |       |
|                                       |                               |                                                                                          |              |                      |       |
|                                       |                               |                                                                                          |              |                      |       |
|                                       |                               |                                                                                          |              |                      |       |
|                                       |                               |                                                                                          | <b>TOTAL</b> | <b>1.450,00</b>      |       |
| Um Mil Quatrocentos e Cinquenta Reais |                               |                                                                                          |              |                      |       |
| VALOR BASE                            | 1.450,00                      | ALÍQUOTA                                                                                 | 3 %          | ISS                  | 43,50 |
| ASSINATURA DO EMITENTE                |                               | RECOLHIDO EM .<br>____/____/____                                                         |              | MATRÍCULA<br>Nº 4196 |       |

IMPRIMIR

FECHAR

**CAIXA****Comprovante de Transferência de Valores**  
via GovConta Caixa

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

|                            |                         |
|----------------------------|-------------------------|
| Conta Destino:             | 1987/013/00096377-3     |
| Nome do Destinatário:      | FRANCISCO ALRIVAN SILVA |
| Valor:                     | R\$1.406,50             |
| Identificação da Operação: | PAGAMENTO DOS SERVICOS  |

|                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| Data de Débito:     | 16/07/2021 -12:14:48 |
| Data da Operação:   | 16/07/2021           |
| Código da Operação: | 273751470            |
| Chave de Segurança: | JM61URCV9PMZR1L2     |

|                     |  |
|---------------------|--|
| 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