

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 1001015

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA	SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA EMPENHO	SALDO ATUAL
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				
		2.802,00	165.996,00	1.100,00	1.702,00

FICHA: 660 DATA: 01/10/2021 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 115 001 Recursos Vinculados
FONTE DE RECURSO: 214 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Govern

CREDOR...: **Cristiane Maria dos Santos Alves**

CNPJ/CPF: 912.621.353-20

CÓDIGO: 13354 CIDADE: SAO JOAO DO ARRAIAL PI

ENDEREÇO: Rua 12 de Dezembro

Nº BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço...:

VALOR EMPENHADO REFERENTE A PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM SEQUELAS DA COVID-19.

Fonte de Recursos: Recursos Vinculados

Aplicação: Enfrentamento COVID-19

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...: 1.100,00

Valor por Extenso:

um mil e cem 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: 01/10/2021

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

EMPENHADO EM: 01/10/2021

Carlos Roberto dos Santos Nascimento
Secretário de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° **1001015** SUBEMPENHO N° **1**

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: **1** FICHA: **660** DATA: **01/10/2021** REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO: VENCIMENTO: **01/10/2021**

Fornecedor: **13354 Cristiane Maria dos Santos Alves** CPF/CNPJ: **912.621.353-20**
 Endereço: **Rua 12 de Dezembro** SAO JOAO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO	VALOR BRUTO
VALOR EMPENHADO REFERENTE A PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM SINTOMAS QUELHAS DA COVID-19.	1.100,00
	DESCONTOS
	33,00

OR - Ordinário VALOR A PAGAR **1.067,00**

CODIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 33 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	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
1.100,00	1.100,00	1.100,00	

VALOR A SER PAGO R\$ **1.067,00**
 um mil e sessenta e sete reais * * * * *

- 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 01/10/2021

Roginaldo de S. Silva
 Roginaldo 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
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL
AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
CNPJ: 11504416000163

DEVE A **CRISTIANE MARIA DOS SANTOS ALVES**
Endereço **AVENIDA JUAREZ TÁVORA, 258**

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Serviços de acompanhamento de pacientes com sequelas da COVID-19	1.100,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 1.100,00 (Um Mil Cem 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
1.100,00	33,00	0,00	0,00	0,00	1.067,00

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 1.067,00 (Um Mil Sessenta e Sete Reais), correspondente à conta acima especificada.

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

TESOUREIRO

Em ____ / ____ / ____

CREDOR
CPF: 912.621.353-20



CAIXA

Comprovante de Remessa de TED via GovConta Caixa

Tipo de TED:	Terceiros
Nome:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO
Conta Origem:	3834/006/00624010-2
Tipo de Conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de Pessoa:	Jurídica
CPF/CNPJ:	11.504.416/0001-63

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A
Conta Destino:	3285/9082-4
Tipo de Conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de Pessoa:	Física
Nome:	CRISTIANE MARIA DOS S ALVES
CPF/CNPJ	912.621.353-20
Valor:	R\$1.067,00
Valor da Tarifa:	R\$10,45
Finalidade	10-Crédito em Conta
Identificação da Operação:	PAGAMENTO DOS SERVICOS

Data de Débito:	08/10/2021
Data da Operação:	08/10/2021
Código da Operação:	00172061
Chave de Segurança:	UTFHWJZP0NNHAK24

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 60 MINUTOS.