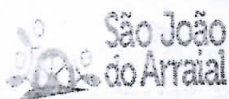


ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE



Endereço:

Cidade: SÃO JOÃO DO ARRAIAL

CNPJ Nº: 11.504.416/0001-63

2020

NOTA DE EMPENHO Nº 902001 ✓

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA	SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTES 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 OPERACI				
		230.233,12	73.766,88	170,00	230.063,12

FICHA: 676 DATA: 02/09/2020 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 115 001 Recursos Vinculados
FONTE DE RECURSO: 214 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Govern

CREDOR.: ANTONIEL JOSE MAGALHAES

CNPJ/CPF: 065.461.993-00

CÓDIGO: 14545 CIDADE: SAO JOAO DO ARRAIAL PI

ENDEREÇO: RUA UNIAO

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....:

170,00

Valor por Extenso:

cento e setenta reais

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

EMPENHO AUTORIZADO EM: 02/09/2020

Alicioneide Gomes Lopes
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 02/09/2020

Abdoral Melo da Silva
Secretário de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N°

902001

SUBEMPENHO N°

1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1	FICHA: 676	DATA: 02/09/2020	REQUISIÇÃO:
------------------------------	------------	------------------	-------------

DOCUMENTO:

VENCIMENTO: 02/09/2020

Fornecedor: 14545 ANTONIEL JOSE MAGALHAES
 ENDEREÇO: RUA UNIAO

CPF/CNPJ: 065.461.993-00
 SAO JOAO DO ARRAIAL

HOSPITAL DO ARRAIAL FMS - SERVIÇOS

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

VALOR BRUTO

170,00

DESCONTOS

5,10

OR - Ordinário

VALOR A PAGAR

164,90

CÓDIGO

CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA

02
 02 03 5,1
 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 EMPENHO

LIQUIDADA ATÉ A DATA

VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO

SALDO A LIQUIDAR

170,00

170,00

170,00

VALOR A SER PAGO R\$

164,90

cento e sessenta e quatro reais e noventa centavos * * * * *

DECLARAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS:

- () 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 02/09/2020

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 **ANTONIEL JOSÉ MAGALHÃES**
Endereço **RUA UNIÃO**

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Serviços de segurança em barreiras sanitárias no período de combate ao Coronavírus (Covid-19)	170,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 170,00 (Cento e Setenta 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
170,00	5,10	0,00	0,00	0,00	164,90

Recebi da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PI, a quantia líquida de R\$ 164,90 (Cento e Sessenta e Quatro Reais E Noventa Centavos), correspondente à conta acima especificada.

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

TESOUREIRO

Em ____/____/____

CREDOR
CPF: 065.461.993-00

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

Emitente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO
Conta Origem:	3834/006/00624010-2
Conta Destino:	3834/013/00020235-0
Nome do Destinatário:	ANTONIEL JOSE MAGALHAES
Valor:	R\$164,90
Identificação da Operação:	PAGAMENTO DOS SERVIÇOS
Data de Débito:	02/09/2020 -11:20:28
Data da Operação:	02/09/2020
Código da Operação:	370312484
Chave de Segurança:	HH9Y9V5EF459Q8XL
CPF's Autorizadores:	
	193.225.903-00
	721.850.133-49

Operação realizada com sucesso.

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